

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDECINE -

U. E. R. SUD-OUEST

Année 1977 - N° 83

**APPROCHE THERAPEUTIQUE
DE L'ETHYLISME CHRONIQUE
DANS UN HOPITAL GENERAL
(CENTRE HOSPITALIER DE MACON)**

**Analyse de 258 observations de désintoxication éthylique
et de leurs accidents.**

Place respective du Médecin généraliste et de l'Hôpital.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 28 Février 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Michel DUBERSTEN

né le 12 Septembre 1948

à NEUILLY-SUR-SEINE (Hauts-de-Seine)

29

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1977 - N° 83

**APPROCHE THERAPEUTIQUE
DE L'ETHYLISME CHRONIQUE
DANS UN HOPITAL GENERAL
(CENTRE HOSPITALIER DE MACON)**

**Analyse de 258 observations de désintoxication éthylique
et de leurs accidents.**

Place respective du Médecin généraliste et de l'Hôpital.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 28 Février 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Michel DUBERSTEN

né le 12 Septembre 1948

à NEUILLY-SUR-SEINE (Hauts-de-Seine)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDICINE -

U. E. R. SUD-OUEST

Année 1977 - N° 89

APPROCHE THERAPEUTIQUE
DE L'ETHYLISME CHRONIQUE
DANS UN HOPITAL GENERAL
(CENTRE HOSPITALIER DE MACON)

Analyse de 258 observations de détoxification éthylique
et de leurs accidents.
Place respective du Médecin généraliste et de l'Hôpital.



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 28 Février 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Michel DUBERSTEN

né le 12 Septembre 1948

A NEUILLY-SUR-SEINE (Hauts-de-Seine)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université : Pr. D. GERMAIN

Vice Président : Pr. E. ELBAZ

Deuxième vice-Président : M. PONCET

Troisième vice-Président : M. BONNET

Secrétaire Général : M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE : GRANGE-BLANCHE : Directeur M. Le Docteur B. SALLE (MCA)

ALEXIS-CARREL : Directeur M. Le Professeur R. MORNEX

SUD-OUEST : Directeur M. Le Professeur J. NORMAND

LYON-NORD : Directeur M. Le Docteur J.P. NEIDHARDT

Directeur Honoraire : M. Le Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur : M. Le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)

TECHNIQUES DE READAPTATION : Directeur : M. Le Docteur A. MORGON (M.C.A.)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur : M. Le Professeur BIZOLLON

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur : M. Le Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :

Président du conseil d'UER : M. Le Pr. R. GUILLET

Directeur : M. A. MILLON

MATHEMATIQUES : Directeur : M. Le Professeur E. COMBET

PHYSIQUE : Directeur : M. Le Professeur J. DELMAU

CHIMIE ET BIOCHIMIE : Directeur : M. Le Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur : M. Le Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur : M. Le Professeur J.F. WORBE

INSTITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 1 : Directeur : M. Le Pr. B. POUYET

INSTITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 2 : Directeur M.J. GALLET (Directeur ENSAM)

OBSERVATOIRE : Directeur : M. MONNET (Astronome Adjoint)

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Directeur : M. Le Professeur GUSAKOW

MECANIQUE : Directeur : M. Le Professeur G. COMTE-BELLOT.

Examineurs de la thèse:

Président: Monsieur le Professeur M. COLIN

Assesseurs: Monsieur le Professeur Agrégé P. PALIARD

Monsieur le Professeur Agrégé R. LEVRAT

Monsieur le Professeur Agrégé J. HOCHMANN

Monsieur le Docteur P. GALLOIS.

A ELIANE

A MES ENFANTS

A MES PARENTS ET BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. COLIN

qui nous a fait le grand honneur de nous
guider dans notre travail, et dont nous avons
apprécié la simplicité et la gentillesse des
accueils.

Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de
notre sincère gratitude et de notre profond
respect.

A N O S J U G E S

Monsieur le Professeur Agrégé P. PALIARD

Monsieur le Professeur Agrégé R. LEVRAT

Nous avons pu apprécier, au cours de notre séjour dans son Service, son sens clinique, son profond respect du malade.

Monsieur le Professeur Agrégé J. HOCHMANN

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre admiration et de notre respect.

Qu'ils soient assurés de notre profonde gratitude pour avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur GALLOIS

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse
et, tout au long de ce travail, ne nous a
ménagé ni son temps, ni ses conseils éclairés.

Il a su nous faire partager une partie de son
savoir, et nous lui sommes très reconnaissant
de sa sollicitude et de son humanité.

A Monsieur le Docteur REYSS-BRION

Nous le remercions d'avoir animé la séance d'enseignement post-universitaire consacrée à l'alcoolisme.

Qu'il trouve ici l'expression de notre admiration et notre profonde reconnaissance.

A TOUS LES MEDECINS GENERALISTES

qui ont bien voulu collaborer à ce travail.

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL DE MACON

A Messieurs les Docteurs:

BADINAND
BOUCOMONT
CALTRAN
CAVALLARO
DANJOU
DHERS
FALCONNET
FAGUER
GABRIELLE
HUTINEL
LAPRAS
LEQUIN
MULSANT
PLAUCHU
PROST
RABASTE
TROSSAT
VARNIER
WALTER

Aux Médecins Psychiatres:

Messieurs et Mesdames les Docteurs : BERN
COUVERT
DALSACE
LYONNET
RUETCH

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT.

I N T R O D U C T I O N

L'intoxication par les boissons alcoolisées est probablement aussi vieille que l'homme, fermentation des fruits sauvages, puis du raisin, en sont la source. Les conséquences de l'abus sont connues de longue date (ivresse de NOË, orgies bacchiques).

Mais ce n'est pas l'ivresse, mais les conséquences à long terme, somatiques et psychiques, qui nous préoccupent, et l'intervention du médecin (en dehors de son difficile rôle de *prévention* et d'éducation sanitaire) se fait à deux niveaux: celui du traitement des complications somatiques d'une part, celui du traitement de la maladie alcoolique et de la dépendance vis à vis de l'alcool. Certes, ces deux aspects sont difficilement séparables, mais c'est le deuxième, celui du rôle du médecin face à l'alcool-dépendance, que nous nous proposons de développer à partir de l'analyse de 258 observations de "cures de désintoxication" alcooliques effectuées dans le département de Médecine Interne entre 1958 et 1976.

Nous tenons à préciser d'emblée les réserves que nous inspire le terme de "cure de désintoxication", tant par le caractère magique qu'il revêt trop souvent pour le malade et surtout pour son entourage, que par son impact limité dans le temps, alors que le principal est souvent représenté par la post-cure.

Ce travail a été effectué en collaboration avec Madame GARANDEAU.

Nous apporterons essentiellement les données épidémiologiques de cette étude, les techniques, indications et accidents de nos cures, en insistant sur le rôle des différents membres de l'équipe médicale dans la réalisation de la cure et de la post-cure (médecin hospitalier, internes, infirmières, médecin praticien, médecin psychiatre...).

Madame GARANDEAU apportera les données chiffrées concernant les résultats, et les analysera en fonction des divers facteurs qui peuvent entrer en jeu.

CHAPITRE I

MATERIEL D'ETUDE

Nous avons étudié 258 dossiers répertoriés comme "cure de désintoxication alcoolique" dans le fichier du département de Médecine Interne du Centre Hospitalier de MACON.

Le nombre relativement faible de dossiers retrouvés tient à des difficultés de secrétariat et de classement, aux péripéties du déménagement de l'ancien au nouvel hôpital, cette année.

Les difficultés que nous avons rencontrées montrent, en tout cas, l'importance de la mise au point dans tout établissement hospitalier, d'un système de classement simple et rationnel, car les études effectuées dans nos hôpitaux nous semblent présenter un grand intérêt, tant sous l'angle de la connaissance épidémiologique, que de l'amélioration des techniques de soins.

Nos chiffres relativement faibles, et les difficultés signalées *enlèvent toute valeur statistique à nos données, et les pourcentages ne sont fournis qu'à titre indicatif.*

Les désintoxications ont toutes été effectuées dans le cadre du département de Médecine Interne du Centre hospitalier de MACON: il s'agit du regroupement dans un même ensemble des différentes Unités de soins de Médecine Interne, les liens entre elles étant les plus étroits possibles: dossier unique par malade, fichier et archivage communs, secrétariat commun, réunions régulières de l'ensemble des membres du département. D'un Chef de Service unique en 1958, l'effectif est passé en 1976 à 6 médecins responsables (5 ayant le titre de Chef de Service, 1 le titre d'Assistant).

I - DONNEES NUMERIQUES ET SOCIOLOGIQUES

A - REPARTITION SUIVANT L'AGE ET LE SEXE

Sur 258 dossiers, nous trouvons:

21 femmes, soit 8 %

237 hommes, soit 92 %.

Age	20 ans		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69	
Homme	3	1,5 %	26	11 %	92	39 %	77	32,5 %	35	14,5 %	4	1,5 %
Femme			1		2		12		6			

Divers points sont à noter:

- La fréquence maximum des désintoxications entre 30 et 49 ans, ce qui est bien classique.
- L'importance relative des jeunes de moins de 30 ans; nous avons été frappés ces dernières années par un certain nombre de demandes souvent spontanées de désintoxication de la part de jeunes qui sentaient apparaître l'alcoolodépendance.

Ce phénomène qui nous semble nouveau, correspond peut-être aux effets de l'éducation sanitaire.

- Un faible lot de malades de plus de 60 ans venus pour une cure, pour lesquels nous sommes bien sûr, ainsi que nous le verrons plus loin, amenés à récuser la cure de dégoût à l'Espéral.
- La part féminine faible: 21 sur 258, soit 8 %, alors que sur l'ensemble des alcooliques hospitalisés au Centre Hospitalier de MACON en 1968, nous relevons 45 femmes sur 345 malades alcooliques, soit 13 %. Cette différence, faible certes, montre néanmoins que les indications de cure de désintoxication chez la femme sont plus réduites que chez l'homme.

B - CONDITIONS FAMILIALES

	HOMMES		FEMMES	
	Nombre	%	Nombre	%
Mariés	144	61,5 %	18	85 %
Divorcés ou séparés	17	7,5 %	1	5 %
Veufs	6	2,5 %	1	5 %
Célibataires	67	28,5 %	1	5 %
TOTAL	234		21	

Situation familiale de 3 hommes inconnue.

- Nous avons l'impression d'observer un nombre important de malades vivant seuls (divorcés - séparés - veufs - célibataires); ceci est très net dans la population masculine, 38,5 % des cas, alors que chez la femme la présence du conjoint est la règle = 85 %.
- Nous retrouvons ici sensiblement le même pourcentage d'isolés que sur l'ensemble des éthyliques de 1968.

C - ANTECEDENTS HEREDITAIRES ET FAMILIAUX

Nous avons trouvé 50 % d'antécédents éthyliques héréditaires (parents ou grands-parents), chiffre retrouvé dans tous les articles.

Nous notons par ailleurs:

- 13 malades de parents inconnus, élevés par l'Assistance Publique (12 hommes, 1 femme);
- 9 "familles à suicide", éthyliques, dont le conjoint, les parents ou grands-parents se sont suicidés (7 hommes, 2 femmes);
- 6 familles (6 hommes) dans lesquelles, en dehors de notre "curiste," on notait des maladies mentales graves, en rapport ou non avec l'éthylisme;
- 7 cas d'éthylisme du conjoint (ceci uniquement dans l'éthylisme féminin).

D - NATIONALITES

3 % de nos malades sont des étrangers:

- 2 Nord-Africains
- 3 Portuguais
- 1 Espagnol
- 1 Italien.

Nous relevions, en 1968, 4,3 % d'étrangers parmi nos éthyliques. La différence n'est sans doute pas significative.

Il nous a semblé souvent difficile de faire des cures de désintoxication éthylique, du fait du barrage linguistique et culturel peu propice à la prise en charge psychothérapique.

E - DOMICILE

Nous avons cherché à voir s'il y avait des relations entre le domicile des malades et la cure de dégoût, et en particulier si l'environnement social jouait un rôle.

Le tableau E₁ de nos curistes, comparé au tableau de 1968, E₂, concernant l'ensemble des malades hospitalisés cette année-là pour alcoôlisme, montre des résultats similaires: taux un peu plus élevé d'alcooliques et de cures dans les zones rurales et viticoles que dans la zone urbaine (nous notions en 1968 un taux d'alcoolisation de 14,4 % à MACON, et de 16,9 % dans la zone rurale de 10 à 30 kms.

	HOMMES		FEMMES	
	Nombre	%	Nombre	%
SDF	5	2 %	0	
MACON	51	23 %	6	30 %
- 10 km	46	21 %	3	15 %
10 à 30 kms	95	43 %	7	35 %
+ 30 kms	24	11 %	4	20 %
TOTAL	221		20	

Tableau E₁

Répartition des alcooliques selon le domicile en 1968

	HOMMES		FEMMES	
SDF	18	6 %	2	4,4 %
MACON	72	24 %	17	37,7 %
- 10 kms	42	14 %	8	17,7 %
10 à 30 kms	136	45,3 %	15	33,3 %
+ 30 kms	25	8,3 %	3	6,6 %
Dépassage	7	2,3 %	0	0
TOTAL	300		45	

Tableau E₂

F - CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

Nous avons comparé le tableau F₁, décrivant les professions de nos malades, avec celui établi en 1968, F₂ sur l'ensemble des éthyliques hospitalisés.

Tableau F₁ - Répartition des différentes catégories socio-professionnelles de notre étude.

	HOMMES		FEMMES	
	Nombre	%	Nombre	%
Cultivateurs - viticulteurs ouvriers agricoles	36	15,5 %		
Ouvriers - routiers - maçons	82	36 %	2	
Retraités	5	2 %		
Manoeuvres	27	12 %		
Employés - Cadres moyens	32	13,5 %	3	
Commerçants - Artisans	27	12 %		
Restaurateurs - cafetiers cavistes	14	6 %		
Professions libérales - Cadres supérieurs	2	1 %		
Concierges, étudiants et autres	4	2 %		
TOTAL	221		5	

16 femmes sont sans profession.

Répartition des différentes catégories socio-professionnelles chez tous les éthyliques hospitalisés en 1968.

Cultivateurs - viticulteurs - ouvriers agricoles	32 %
Ouvriers - routiers - maçons	21 %
Retraités	14 %
Manoeuvres	10,7 %
Employés - Cadres moyens	8 %
Commerçants - Artisans	7 %
Professions libérales - Cadres supérieurs	0,3 %

Tableau F₂

Il est frappant de constater la relative rareté des cures chez les cultivateurs et leur grande fréquence chez les ouvriers. Les conditions socio-professionnelles jouent-elles ici un rôle quant au type de l'éthylisme et à son retentissement psycho-caractériel?

II - DONNEES TOXICOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES

A - LE TOXIQUE

L'intoxication est essentiellement vinicole et correspond à une quantité moyenne de 2,5 l par jour.

	HOMMES		FEMMES	
	Nombre	%	Nombre	%
Vin seul	153	80 %	12	75 %
Bière seule	6	4,5 %		
Alcool ou autre seul	1	0,5 %		
Mixte	27	15 %	4	25 %
	187	4	16	

Tableau A₁ - Répartition des différents toxiques.

La nature de la consommation de 50 hommes est inconnue, soit que l'alcoolisme soit nié, ce qui n'est pratiquement jamais le cas, soit que le toxique n'ait pas été noté sur le dossier.

Tout autre est la signification des 5 femmes manquantes. Il s'agit, dans tous les cas, d'un alcoolisme très fortement minimisé, où la quantité et la nature du toxique n'ont jamais été reconnues. Ceci va encore dans le sens d'un éthylisme féminin, intériorisé, névrotique.

B - DUREE DE L'INTOXICATION

On a essayé de "dater" l'éthylisme par rapport aux faits marquants de l'existence. Les "accidents de parcours" sont d'ailleurs très fréquemment mis en avant: divorce, décès, service militaire, captivité, etc...

	HOMMES		FEMMES	
	Nombre	%	Nombre	%
0 à 5 ans	14	16 %	3	
5 à 10 ans	29	33 %		
10 à 20 ans et au-delà	44	51 %		
	87			

Répartition de nos malades selon la durée de l'intoxication.

Les 150 hommes non répertoriés n'ont pu donner d'éléments suffisamment précis: ils ont toujours bu, ou la consommation a été tellement insidieuse qu'ils ne peuvent en préciser le début.

On constate une fois encore la difficulté à cerner l'alcoolisme féminin.

Il ressort de ce tableau:

- une progression constante du nombre de cures avec la durée de l'intoxication au fur et à mesure que se manifestent les troubles somatiques ou psychiques,
- mais aussi le pourcentage notable de cures de désintoxication relativement récentes.

C - MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES MAJEURES RENCONTREES

1° - Chez nos Curistes "

Il s'agit de l'état constaté lors du premier examen, que la manifestation étudiée soit ou non le motif de la cure ou du sevrage: ainsi un delirium tremens survenant au cours de cures itératives n'a-t'il pas été compté.

	HOMMES		FEMMES	
	Nombre	%	Nombre	%
Gros foie sans cirrhose	71	30 %	4	19 %
Gastrite, ulcère, pancréatite	8	3,5 %		
DT	36	15 %		
PN	20	8,5 %	4	19 %
Encéphalopathie éthylique Comitialité	28	12 %	3	14,5 %
Myocardiopathie	2	1 %		
Cirrhose prouvée	22	9 %	2	9,5 %
Plusieurs manifestations associées	41	17,5 %	4	19 %

Tableau C₁ = Répartition des différents facteurs de morbidité

Hommes	106	45 %
Femmes	11	53 %

Hommes	131	55 %
Femmes	10	47 %

sans troubles pathologiques

Avec troubles pathologiques

Tableau C₂

Tableau C₃

Ces tableaux appellent à plusieurs commentaires: d'abord, il n'y a pas de différences notables entre hommes et femmes puisque, globalement, un sujet sur deux est porteur de manifestations pathologiques.

D'autre part, dans un peu moins d'un cinquième des cas, les manifestations sont multiples, la principale atteinte étant le gros foie simple.

On est, par contre, frappé par l'importance des manifestations neurologiques:

35,5 % chez l'homme

33,5 % chez la femme.

On note l'importance des D.T. chez l'homme et des polynévrites chez la femme.

A noter que les pourcentages du tableau C₁ ont été calculés sur la population totale des "curistes".

D'autre part, la somme totale des sujets de ce même tableau est supérieure à celle du tableau C₃ car 17,5 % de nos malades ont plusieurs manifestations associées.

2 - Comparaison avec la population éthylique totale en 1968

Tableau C₄ indiquant la fréquence des complications de l'alcoolisme sur la population du CH MACON en 1968, par rapport aux complications de notre propre population.

	En 1968 ensemble des éthyliques	Notre étude
Complications neuro-psychiatriques	18 %	35,5 %
Cirrhoses	15 %	8 %

Tableau C₄

Apparemment, notre futur "curiste" est moins "cirrhotique" et plus "neuropsychiatrique". En fait, ce tableau est d'interprétation plus difficile car, en 68, il s'est agi de toutes les cirrhoses, alors que dans notre étude seules les cirrhoses compensées et peu sévères ont entrepris la cure.

Toute autre est la signification des 35,5 % de complications neuropsychiatriques: bien souvent ces complications sont pour nous des indications de choix (convulsions, delirium tremens...) ce qui rend compte du chiffre plus élevé que dans la population éthylique générale.

D - LA PERSONNALITE ALCOOLIQUE

Cet aspect a été analysé par Madame GARANDEAU. Nous n'en donnons que les conclusions chiffrées.

Alcoolisme d'habitude sans dépendance	83
Alcoolisme d'habitude avec dépendance	75
Alcoolisme psychiatrique	33
Alcoolisme féminin	21
Non classable	26
Paroxystique	20

III - LES MOTIFS DE LA CURE

Comme nous l'avons indiqué sur notre feuille d'enquête, nous avons divisé les motifs en deux catégories: celle où le malade a été hospitalisé pour une autre cause (complications non liées à l'éthylisme par exemple), celle où la cure est décidée avant l'hospitalisation.

Là encore, nous avons séparé les hommes des femmes, et montré par une observation type les différents motifs.

A - LES MOTIFS

Tableau A₁ - Répartition des cures suivant le moment de la décision.

Cures demandées par le malade avant l'hospitalisation			Cures demandées au cours de l'hospitalisation	
HOMMES	Nombre	%	Nombre	%
	143	60,5	94	39,5
FEMMES	12	57 %	9	43 %

Du tableau A₁, il ressort que la majorité des cures effectuées sont demandées de prime abord par le malade et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Par contre, si on étudie les motifs d'une manière plus approfondie (tableau A₂)

		Cures demandées par le malade					
Spontanément		Secondairement à des pressions extérieures					
Nombre	%	Entourage Médecin Famille		Justice		Employeur	
69	48 %	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
		46	32 %	4	3 %	24	17 %
4		7		1		0	

Tableau A₂

on s'aperçoit que dans la population masculine les cures réellement demandées par le malade en dehors de toute pression ne sont plus que de une sur deux, et que les menaces de licenciement, de divorce, sont tout aussi importantes.

Bien plus, chez la femme, deux fois sur trois la cure est imposée par l'entourage.

Tableau A₃

Cures décidées par le malade au cours de l'hospitalisation													
Affection non due à l'éthylisme.			Affection due à l'éthylisme ou souvent associée										
Nbre		%	Ivresse aiguë		Iv. patho.		DT pré DT		Somatique ou psych.		Comitialité		TS
			Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
HOMMES	6	6,5	8	8,5	24	25,5	32	34	5	5,5	6	6,5	13 13,5
FEMMES	3		2				4						

De ce tableau, il ressort que lorsque la cure a été décidée par le malade au décours d'une hospitalisation pour une affection quelconque, il s'agit d'une conséquence de l'intoxication dans l'immense majorité des cas.

Une mention particulière doit être faite concernant *l'ivresse pathologique* (au sens défini dans l'E M C (46) , avec ses trois types, *excito-motrice, hallucinatoire, délirante*), le DT ou le pré DT et la tentative de suicide.

Le trop faible nombre de cas de notre population féminine ne permet que de déceler une tendance: deux fois sur trois il s'est agi d'une affection liée à l'éthylisme.

B - QUELQUES EXEMPLES D'OBSERVATION

1 - Cure imposée par l'entourage

. Mr AULL. Jacques, 26 ans, pilote de remorqueur, marié depuis 4 ans, 3 enfants sans atteintes somatiques,

vient de lui-même pour désintoxication éthylique, éthylisme qu'il dit peu important, mais il ne supporte pas le vin qui entraîne des réactions caractérielles d'agressivité vis à vis de son épouse. Celle-ci demande le divorce, a présenté un syndrome dépressif avec tentative de suicide il y a un an. "Il s'en fallait de peu qu'il fasse comme son épouse", dit-il.

Depuis qu'il est dans le Service, affirme être transformé à 100 %, bien d'accord pour la désintoxication et l'arrêt des boissons alcoolisées.

. Mr MAS... André, employé aux P.T.T., 51 ans, veuf, remarié depuis 20 ans.

Du point de vue somatique, début de cirrhose.

Il s'agit d'un couple très fusionnel, avec une femme hyperprotectrice qui ne quitte pas son mari du matin au soir. Par amour propre, le malade ne veut absolument pas qu'il soit dit que son épouse a eu l'initiative de la désintoxication, mais "si ma femme m'avait vissé davantage, je ne boirais peut-être pas". Quelques ennuis professionnels aussi avec son administration, sa femme fermait le bureau avant l'heure pour aller à sa rencontre!

L'épouse nous a déclaré: "Nous ferons, mon mari et moi, la cure ensemble".

Donc, une prise en main par une femme autoritaire, de devoir, imposant sa volonté même dans le travail de l'époux. Il semble qu'on puisse rapprocher cette observation de celles présentées par L. ISRAEL (33).

2 - Cure décidée au cours de l'hospitalisation

. Mr MOR... Jean, cultivateur.

Cet homme de 47 ans nous déclare être hospitalisé pour appendicite; en fait, il s'agit d'un tableau de pneumopathie aiguë importante, avec delirium tremens caractérisé sévère, ayant nécessité de très grosses doses de Méprobamate.

On explique au malade la nécessité de l'arrêt des boissons alcoolisées. Il déclare que c'est très facile, qu'il pourra arrêter dès qu'il le voudra. Le Chef de Service notait alors: "On n'est pas certain qu'il a compris l'importance de l'arrêt de l'intoxication, le revoir dans une semaine pour lui parler d'une cure de dégoût".

Une semaine après: "Le malade se sent bien, transformé; on reparle de la cure; commence par demander qu'on lui donne quelque chose pour ne plus boire à la maison, reconnaît finalement qu'il faut arrêter totalement, puis accepte sans peine la cure de dégoût.

3 - Cure imposée par la justice

Mr GON..., employé P.T.T., 38 ans

"Malade qui vient pour se faire désintoxiquer. Il vient un peu obligé, le permis

lui a été enlevé pour conduite en état d'ivresse; on l'a retrouvé conduisant sans permis et c'est, semble-t'il pour cela qu'il vient se faire désintoxiquer pour arrêter les poursuites judiciaires".

4 - Cure imposée par l'employeur

Mr LUO..., 36 ans, chauffeur

Son patron lui a laissé le choix entre une cure de désintoxication et la mise à pied.

5 - Cure féminine

Mme BEI... Yvonne, 46 ans, ouvrière

Mari décédé huit ans auparavant (suicide), 5 enfants.

Ethylisme minimisé, signes d'intoxication majeure avec cirrhose certaine, polynévrite. "Ne désirait pas venir à l'hôpital, mais ses enfants ont insisté pour qu'elle vienne, c'est d'ailleurs son gendre qui l'amène". Accepte donc la cure pour faire plaisir.

Mme MAN... Janie, sans profession, 42 ans. Père vigneron, éthylique.

Femme apathique, indolente, qui paraît subir sa cure plus que la réclamer, sans être décidée à y participer activement. Son mari, qui ne boit pas, a imposé la cure. On essaye d'expliquer à la malade la nécessité d'une participation volontaire. Polynévrite avec dysesthésies, crampes. Après une semaine de simple sevrage: se sent plus forte, plus gaie, disparition des douleurs, est fermement décidée à ne plus prendre de boissons alcoolisées.

IV - COMPARAISON DE NOS CHIFFRES AVEC QUELQUES DONNEES DE LA LITTERATURE

Pour que nos résultats de post-cure soient comparables aux autres statistiques, il nous a semblé nécessaire de situer notre échantillonnage par rapport à d'autres travaux.

A - *PAR RAPPORT AUX CURES EFFECTUEES AU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCE (17)*

Age moyen semblable, 40 ans. Le maximum des sujets se trouve dans la période 40-50 ans, donc notre population est un peu plus jeune, sans qu'il y ait de

différence notable (38,5 % et 32,5 %).

Quant aux différentes catégories sociales, elles sont grossièrement superposables: cultivateurs 13 % et 15,5 % par exemple.

B - PAR RAPPORT AUX CURES EFFECTUEES DANS LE SERVICE DE L'HOPITAL DE RAMBOUILLET (52)

- âge moyen: 42 ans,
- 88,5 % d'hommes, 11,5 % de femmes,
- intoxication à base de vin, 95 %
- situation sociale

	Mariés	vivant seuls	dont divorces
HOMMES	66 %	34 %	7 %
FEMMES	72 %	28 %	12 %

- manifestations cliniques:

- . DT, 12 %
- . ulcère, 3,6 %
- . polynévrite, 12 %.

Donc, là encore, superposition des deux échantillonnages.

EN CONCLUSION : il semble donc que le recrutement des buveurs, quant à leur âge, leurs complications... soit à peu près le même, que la cure s'effectue en milieu semi rural (Saône et Loire, Drôme) ou urbain (Yvelines).

CHAPITRE II

LA CURE DE DESINTOXICATION - PRINCIPES - INDICATIONS - TECHNIQUES

I - BREF RAPPEL HISTORIQUE

Le traitement médical du comportement alcoolique date d'une trentaine d'années en France. Si, dès 1873, MAGNAN utilise les bases de la psychothérapie, et si en 1894 un auteur "fabrique le sérum anti-éthylque, les médecins *se bornent à soigner les complications alcooliques* sans s'attacher directement à la cause: l'intoxication éthylque.

Depuis 1914 sont connues les substances qui modifient les effets dus à l'absorption d'alcool en réactions désagréables. Ainsi, dès 1937, fut proposé le tétraméthylthiourane disulfure, rejeté par l'Association des Médecins Américains.

En 1948, HOLD et JACOBSEN redécouvrent sur eux-mêmes la propriété du Disulfiram de rendre l'organisme intolérant à l'alcool: au cours d'une expérimentation de ce corps comme anti-helminthique, ils en avaient absorbé pour confirmer sa bonne tolérance; le soir même ils allèrent à une réception...

II - QUELQUES PRINCIPES DE LA CURE

Nous tirons de l'article du Dr REYSS BRION: "Cure de désintoxication - Mythes et réalités" quelques principes qui ont cours au C.H. MACON:

- *Premier principe*: l'indication de la cure est la conclusion d'un examen complet, somatique et psychique, et son corollaire: à chaque malade alcoolique, à chaque comportement éthylque son traitement spécifique.
- *Deuxième principe*: la cure de dégoût (si dégoût il y a) n'est qu'un élément du traitement;
- *Troisième principe*: la cure de 3 semaines durera le temps nécessaire;
- *Quatrième principe*: alternance des phases hospitalières et ambulatoires (H. DUCHENNE - P. BAILLY - SALIN - 23) considérées comme un déroulement normal

et nécessaire;

- *Cinquième principe*: pas de cure sans post-cure,
- *Sixième principe*: il n'y a jamais de guérison, car l'abstinence est le traitement de la maladie alcoolique, et non son but. L'alcoolique devient un infirme de l'alcool, car il perd d'une manière irréversible sa liberté vis-à-vis de ce toxique. Nous verrons plus loin que ce 6ème principe n'est pas admis par tous.

De ces six principes, nous tirons les conclusions suivantes:

- l'indication de la cure *doit toujours résulter de la demande du malade*, demande qui nécessite souvent une maturation progressive; ainsi, nous avons vu au chapitre précédent que la demande précédait l'hospitalisation dans 60 % des cas, ou devenait effective au cours de l'hospitalisation dans 40 % des cas;
- il n'y a pas de contre-indication à une cure demandée par le malade, mais des techniques de cure variables selon les individus et leur contexte psychologique ou somatique: ce qui veut dire *qu'il ne faut en aucun cas confondre une cure de désintoxication et une cure de dégoût à l'Espéral*.

III - L'ENVIRONNEMENT HOSPITALIER

Nos cures ont été effectuées dans les Unités de Soins de Médecine Interne non spécialisées. Comme nous l'avons rappelé, le Centre Hospitalier de MACON comprend 200 lits de médecine répartis en 6 Unités de Soins, dirigées chacune par un médecin responsable et regroupées dans une structure unique, le département de Médecine Interne, structure dont la cohésion est assurée par un certain nombre d'organisations et d'activités communes: dossier unique par malade, archivage commun, gardes et astreintes organisées pour l'ensemble du département, réunions hebdomadaires de discussion de dossiers ou de mise au point de techniques et d'organisation.

Les malades sont répartis dans l'un ou l'autre des Services, selon l'orientation préférentielle d'un médecin responsable... mais aussi selon la place. Les "curistes" sont disséminés dans les Services parmi les autres malades, ce qui nous semble préférable à un regroupement qui pose souvent des problèmes psychologiques difficiles, tant pour les patients que pour le personnel soignant. Nous avons remarqué souvent qu'il existe un *seuil de tolérance* à ne pas dépasser.

Il est cependant frappant de noter le *regroupement spontané* bien souvent effectué par nos malades, particulièrement dans les locaux de détente, en particulier au carrefour des 3 Unités de soins de chaque étage qui forme comme une sorte de place de village.

La prise en charge du malade fait intervenir l'ensemble des membres de l'équipe hospitalière et la cohérence des attitudes est ici tout particulièrement importante.

A - LE PERSONNEL INFIRMIER ET DE SERVICE

a ici un rôle de première importance, tant au moment de l'accueil, du sevrage, que de la phase parfois difficile de la cure de dégoût. Une réaction de rejet, plus ou moins consciente, face à ce "faux malade" que représente bien souvent l'alcoolique pour l'entourage, peut avoir des conséquences très néfastes.

Mais la participation du personnel à la cure, ainsi qu'à la post-cure, est souvent active, (et nous regrettons que l'architecture hospitalière qui nous fut imposée ait éloigné les consultations externes des Unités de Soins et empêche bien souvent les anciens malades de revenir voir leurs infirmières à l'occasion de la visite de post-cure).

B - LES EXTERNES ET INTERNES

sont souvent bien peu formés à la prise en charge de tels malades. Il n'est que de voir le caractère des plus sommaire des observations prises, en particulier sous l'angle des motivations de la cure, de la personnalité de l'alcoolique.

C - LE MEDECIN HOSPITALIER

a un rôle primordial dans la prise en charge du malade. Il est en particulier fondamental qu'il établisse avec le malade une relation personnelle, en tête à tête, un "colloque singulier" à plusieurs reprises au cours de l'hospitalisation. Ainsi, à l'entrée, il précise avec le malade ses motivations, ainsi que les modalités et les buts de la cure; il le reverra une ou deux fois (ou plus selon les cas) au cours du séjour, ainsi qu'au moment du départ.

Il est par ailleurs nécessaire que le médecin hospitalier rencontre la famille, conjoints, enfants, voire employeur, assistante sociale.

D - LES PSYCHIATRES

La taille raisonnable du Centre Hospitalier de MACON, 500 lits au total, son implantation au sein d'une agglomération de moyenne importance, l'organisation sous forme d'un département de Médecine Interne, permettent un contact fructueux entre les diverses spécialités et ont facilité grandement les relations entre les structures psychiatriques et de médecine somatique.

Le psychiatre hospitalier, chargé du secteur, a une place naturelle au sein du département de médecine, et participe à toutes ses réunions.

Les psychiatres de ville peuvent être appelés comme consultants, et le sont très souvent.

Ainsi, l'intervention des psychiatres se fait à trois niveaux pour nos malades:

- très souvent ils connaissent les malades hospitalisés; parfois ils s'en sont occupés dans le cadre de leur activité de ville ou de secteur, ils sont alors tout naturellement amenés à organiser la cure avec le médecin hospitalier, ce qui évite pour le malade toute coupure, toute dichotomie entre médecine citadine et hospitalière.
- Parfois, les malades qui présentent un contexte psychiatrique trop marqué sont confiés aux institutions psychiatriques (publiques ou privées selon les cas);
- Enfin, l'avis du psychiatre est souvent demandé pour éclairer la personnalité d'un malade et pour conseiller sur les modalités de sa prise en charge.

Nous insistons donc sur trois faits:

- Le premier, que nous considérons *le malade comme un tout* et que nous ne le divisons pas en somatique, du ressort du médecin hospitalier, et psychique, du ressort du psychiatre.
- Le deuxième, que le psychiatre n'est pas là comme un accessoire spécialisé pour *classer les malades* entre éthyliques somatiques et psychiatriques.
- Le troisième, que le malade étant un tout, tous les médecins doivent y participer, en particulier les psychiatres de ville qu'il connaît.

E - LE MEDECIN PRATICIEN

Il peut paraître étonnant d'envisager le rôle du médecin praticien au cours d'un séjour hospitalier. Celui-ci nous paraît cependant très important et *devrait être développé, voire institutionnalisé.*

Nous avons abordé ce problème dans le dernier chapitre de notre étude.

Il nous semble primordial, et nous le réalisons le plus possible, qu'une concertation étroite s'établisse entre le médecin de famille et le médecin hospitalier lors de la cure: concertation épistolaire, certes, mais aussi concertation orale et si possible rencontre à trois avec le malade, pour bien mettre en évidence l'unité de vue face à son problème.

IV - LA CURE PROPREMENT DITE

1 - Durée de l'hospitalisation

Répartition des hospitalisations suivant la durée.

Moins de 16 jours		16 à 30 jours		31 jours et au-delà	
Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
40	15,5 %	181	70 %	37	14,5 %

La durée d'hospitalisation lors de la première cure est très variable suivant les conduites alcooliques auxquelles nous avons à faire. Si notre hospitalisation la plus longue est de 75 jours (il s'agit d'une nécrose myocardique après le premier test au vin), nous avons plusieurs cures d'une semaine: sujets suffisamment motivés, ou qui à l'occasion d'un séjour en chirurgie (intervention) décident de changer leurs habitudes de vie.

La durée moyenne est de 23 jours.

2 - Nombre et différents types de cure

Pendant la période étudiée nous avons relevé 325 cures, correspondant à nos 258 malades:

- 233 sujets ont bénéficié d'une seule cure,
- 25 ont subi au moins 2 cures et se partagent 67 hospitalisations (2 ou 3 pour la plupart).

Répartition des différentes cures lors de la première hospitalisation

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Cures de dégoût et d'interdiction à l'Espéral	188	15	193
Cure de dégoût à l'Apomorphine	2	0	2
Sevrage avec l'Espéral dans test au vin	15	1	16
Sevrage sans Espéral	29	5	34
Mixte (Apomorphine + Espéral)	3	0	3
	237	21	

Les diverses modalités de cures dépendent de diverses circonstances psychologiques ou somatiques. Ainsi, nous notons:

. 16 sevrages suivis de prise d'Espéral sans test au vin _

- + dans 6 cas les malades ont refusé le test, alors que la cure de dégoût avait été initialement décidée;
- + dans 7 cas il s'est agi d'une simple reprise d'Espéral chez des malades ayant déjà subi des tests au cours de cures précédentes,
- + dans 3 cas, le malade ne souhaitait pas d'emblée le test et semblait suffisamment motivé pour que l'on n'ait pas cru devoir insister.

. 34 sevrages simples sans prise d'Espéral du fait de contre-indications diverses:

- + Hypertension artérielle, 5 cas
- + Comitialité grave, 1
- + Gastrite, 1
- + Age, 8
- + Profil psychiatrique, 3
- + Itinérant, 2
- + Motif inconnu, 3
- + Refus du malade, 4
- + Anomalies électrocardiographiques, 3
- + Anomalies du Fond d'oeil, 2
- + Myocardopathie, 2.

3 - Intervalle entre le premier jour de l'hospitalisation et le premier jour où est donné l'Espéral

Dans la plupart des cas, il s'écoule un délai d'une semaine à 15 jours entre le début du sevrage et la mise sous Espéral. Ce temps pouvant s'allonger jusqu'à 40 jours (1 cas), très souvent 3 semaines, nécessaires au malade pour qu'il réalise son état et désire activement la cure.

Ceci est un point souligné par tous les auteurs, la cure devant être volontaire, *il est donc capital d'attendre l'acceptation du malade, voire même qu'il réclame cette cure.*

B - LA PREMIERE PERIODE - SEVRAGE ET DESINTOXICATION

Cette première période est celle du sevrage, du bilan somatique et psychiatrique, de la correction des troubles pathologiques associés et de la prise en charge psychothérapique.

1 - Le sevrage

Il s'accompagne:

- . d'une hydratation suffisante chez ces sujets souvent potomanes.
- . de la prise systématique de Méprobamate, 4 à 8 comprimés quotidiens à 400 mg
- . d'une vitaminothérapie B, dont l'effet est discutable en l'absence de polynévrinite avérée. En effet, le simple sevrage et les sédatifs s'accompagnent dans la très grande majorité des cas d'une amélioration très rapide de l'état général, du sommeil, de l'appétit, et d'une prise de poids qui atteint en moyenne 2 à 3 kgs dans la première semaine.

Nous n'utilisons pas d'alcool intraveineux (LECOQ, 40) qui ne nous a pas paru apporter quelque avantage, la prévention du delirium tremens nous semble assurée parfaitement par l'Equanil et les boissons abondantes.

2 - Le bilan - Comprend systématiquement:

- . *un bilan biologique* avec numération de formule sanguine (la macrocytose sanguine avec élévation du VMC au dessus de 100 nous semblant le test le plus fidèle de l'atteinte hépatique) et le dosage des gammas GT dont l'élévation est très fréquente, son abaissement progressif ou sa réélévation sont symptomatiques de l'abandon ou de la reprise de l'intoxication;
- . *un bilan cardio-vasculaire*
 - + clinique, avec prise de la TA, avec auscultation soigneuse de tous les territoires artériels,
 - + E C G et F O
 - + depuis quelques mois, nous adjoignons dans les cas douteux un E C G d'effort (voir plus bas)
- . *un bilan neurologique* clinique et électroencéphalographique
- . *un bilan psychiatrique* base des indications, avec avis spécialisé au moindre doute.

3 - La correction des troubles pathologiques associés

- . Les troubles somatiques importants (cirrhose sévère, encéphalopathies avérées)

représentent en général des contre-indications à la cure de dégoût à l'Espéral.

- Le problème le plus difficile est celui des troubles psychiatriques associés: troubles caractériels et surtout syndromes dépressifs, pour lesquels le sevrage représente *bien souvent la rupture d'un équilibre fragile* par la perte du psychotrope électif. Nous le verrons tout particulièrement au chapitre des résultats étudiés dans la thèse de Madame GARANDEAU.

4 - La prise en charge psychothérapique est primordiale au cours de cette période.

Le malade sort de son milieu habituel, et c'est pour lui le moment privilégié de la réflexion sur lui-même, de la prise de conscience de son mode de vie, de l'amélioration rapide de son état général, avec prise de poids, disparition des crampes, de l'insomnie...

C'est au cours de cette période que se forge la décision: le désir de la cure et la modification des habitudes qu'il devra acquérir.

C'est le moment où il comprend réellement ce qu'est la cure, d'une vague idée qu'il avait au départ il doit comprendre ce qui va se passer, en un mot il apprendra à *PARTICIPER, A FAIRE LUI-MEME SA CURE.*

L'acceptation de la cure, pendant cette période de sevrage, n'est pas toujours aussi aisée; à côté du sujet transformé, nous avons très souvent le buveur excessif, sans troubles somatiques marqués, qui comprend mal le caractère peu spectaculaire de cette semaine qu'il considère comme une attente inutile. C'est dire l'importance de la prise en charge psychothérapique dès cette période (voir plus bas).

Le médecin devra donc mettre à profit cette période pour établir une relation psychothérapique qui permettra la prise de conscience nécessaire pour le malade.

C - LA DEUXIEME PERIODE : Cure de dégoût?
Espéral seul?
Simple sevrage?

C'est au terme de la première période, dont la durée est variable suivant les cas (8 à 15 jours en général, mais très souvent 3 semaines, voire 40 jours dans un cas) qu'une décision est prise quant à la poursuite du traitement.

Ce délai dépend certes de l'état physique du malade, mais aussi de son état psychologique, la cure *devant être volontaire*, il est capital d'attendre l'acceptation du malade.

1 - Contre-indications

Considérant que la cure de dégoût est la méthode la plus efficace, plus que des indications de sevrage, *nous avons des contre-indications à la cure de dégoût qui forgent la conduite à tenir.*

a) *Contre-indications somatiques*

• Cardio-vasculaires au premier rang _

Hypertension artérielle. Souffle vasculaire, en particulier carotidien, insuffisance coronarienne clinique ou électrocardiographique - Anomalies vasculaires au fond d'oeil.

En cas de diabète, nous sommes réticents, et exigeons alors un ECG d'effort normal.

- Neurologiques: encéphalopathies avérées, comitialité sévère. Nous avons effectué nombre de cures sans incident chez des malades ayant présenté une crise comitiale isolée d'origine éthylique, et dont le bilan neurologique et électroencéphalographique était par ailleurs normal.

Les polynévrites ne représentent pas pour nous une contre-indication formelle, mais nécessitent un traitement vitaminique prolongé préalable et la correction des troubles cliniques.

- Générales : cirrhoses décompensées, état général déficient, maladies infectieuses en évolution, néphropathies avérées...

- L'âge représente enfin une contre-indication, et nous sommes extrêmement réticents après 50 ans.

b) *Contre-indications psychiques ou psychiatriques*

Nous n'effectuons jamais de "cures forcées", le volontariat étant impératif.

Le sujet doit être capable de respecter un régime qu'il a librement consenti, de prendre tous les jours son comprimé d'Espéral.

Nous récusons donc toutes les affections mentales altérant le jugement ou la compréhension (psychoses, débilités).

Il est d'ailleurs à remarquer combien les C.I. varient suivant les auteurs; ainsi l'épilepsie sera une contre-indication pour THUILLER (72); au contraire, une indication de choix pour ISRAËL Il en est de même des encéphalopathies alcooliques, asthme, diabète, atteintes rénales.

En fait, comme toujours en médecine, il est absolument nécessaire de mettre en balance les risques encourus lors d'une RED avec le degré de l'alcoolisme. Ce qui fera qu'une comitialité pourra être ou non une contre-indication chez un éthylique limite, et au contraire une bonne indication chez l'éthylique invétéré.

2 - Indications des méthodes respectives

a) *Simple sevrage sans Espéral*

Nous l'avons utilisé dans 34 cas (29 hommes, 5 femmes).

Pour 3, nous n'en avons pas trouvé la raison

8 malades trop âgés

2 sujets itinérants, voyageurs, travaillant sur des chantiers

3 au profil psychiatrique particulier:

- 1 psychopathe

- 2 débiles.

5 hypertensions artérielles sévères

1 comitialité grave avec crises répétées mal contrôlées par le traitement médical

1 gastrite en évolution

2 myocardiopathies

2 anomalies au F.O. (hémorragies rétinienues)

3 troubles électrocardiographiques:

- 1 bloc complet non dégradable

- 2 troubles repolarisation

Enfin, 4 malades ont refusé la "béquille thérapeutique".

b) *Cure avec apomorphine seule*

Nous ne l'avons utilisée que 2 fois (un cas de souffle carotidien, un cas d'anomalies vasculaires au F.O.).

C'est une méthode qui nous semble devoir être utilisée plus souvent quand une méthode active est *psychologiquement* souhaitée par le malade.

c) *Simple sevrage avec Espéral*

15 hommes

1 femme.

6 sujets qui avaient accepté la cure de dégoût ont refusé le premier test.

Chez 7 sujets, nous avons simplement continué à leur prescrire l'Espéral qui leur avait été donné antérieurement par leur médecin traitant ou au cours de cures antérieures faites dans d'autres établissements.

d) *Cure mixte Espéral + Apomorphine*

Utilisée dans 3 cas où les RED étaient d'effet insuffisant.

e) *Implants d'Espéral*

1 cas, d'ailleurs postérieur à la période étudiée (il n'apparaît donc pas dans les statistiques). Il s'agit d'une implantation en milieu chirurgical de 12 cp d'Espéral par voie sous cutanée au niveau de l'abdomen, avec une efficacité de 9 mois.

Nous sommes opposés à cette pratique, car elle supprime totalement le libre arbitre du malade; réalisant une véritable castration, elle peut être responsable en cas d'ingestion alcoolisée d'accidents graves, puisque le malade n'a pas la ressource d'arrêter l'action de l'Espéral (1 cas cité par LEREBoullet, 2 cas par J. FAURE - 26).

Néanmoins, cette méthode a été appliquée sur un malade qui suppliait qu'on lui fasse cette méthode, que c'était sa dernière chance...

Certains restent fidèles à cette méthode, qu'ils renforcent par une dramatisation en milieu chirurgical, ou au contraire qu'ils minimisent (PAILLOT et JACQUES - 55 - Médecine Sociale 1968, et KELLAM, 37).

f) *Cures de dégoût à l'Espéral avec RED*

L'indication idéale est celle du sujet intoxiqué de *longue ou de fraîche date* dont les lésions *psychiques ou somatiques* sont *absentes ou réversibles*, et dont *l'accord est net pour une abstinence totale*.

Nous l'avons utilisée chez 188 hommes

17 femmes.

3 - Technique de la cure de dégoût à l'Espéral

Une fois la cure décidée, le malade est mis sous Espéral: 1 à 2 cp, soit 0,50 à 1 g de disulfiram, parfois 2 1/2 ou 3. Ces doses sont en général suffisantes pour obtenir la RED.

a) *Réaction Ethanol - Disulfiram*

La recherche du dégoût commence en moyenne 3 à 4 jours après la prise d'Espéral.

Le matin, 2 heures après le petit déjeuner, on fait ingérer un verre de la

boisson préférée du malade, environ 125 cc de vin rouge dans la plupart des cas.

5 minutes après se produit la R.E.D., consistant en une réaction cardio-vasculaire avec tachycardie constante, variation tensionnelle, vasodilatation généralisée (faciès vultueux, impression de protusion oculaire), malaise général.

Cette réaction s'accompagne alors de nausées, voire de vomissements et de dégoût. La valeur des vomissements est pour nous capitale: nous avons remarqué combien elle était nécessaire pour nos malades. Elle est le résultat, la preuve que la cure a été effectuée, la preuve de sa bonne volonté. On constate un renforcement de l'effet magique de la cure: "j'ai vomi, je suis donc guéri".

Si nous n'obtenons pas ces vomissements, la cure est souvent considérée par le malade comme un échec.

Il est d'ailleurs à noter qu'on n'obtient pas de vrai réflexe de conditionnement au sens de PAVLOV.

Toutes ces réactions sont variables suivant les susceptibilités individuelles.

Nous effectuerons alors un nouveau test par jour, pendant 2 ou 3 jours.

Nous voudrions insister encore une fois sur le volontariat de la cure de dégoût. Nous ne forçons jamais le malade à absorber le verre de vin qu'il peut toujours refuser sans "encourir les foudres" des soignants. Les vomissements ne sont pas conservés au pied du malade, etc...

Tout esprit de sadisme, de voyeurisme est donc exclu.

A l'issue de cette période, se présentent plusieurs possibilités.

b) *Soit la RED est négative ou faible*, le malade ne présente ni dégoût, ni hésitation lors de la prise de l'alcool; alors sont injectés, 5 minutes avant le test, 2,5 mg d'Apomorphine, ou alors, si le sujet était à 1 cp d'Espéral, on passe à 2 cps. L'Apomorphine ne joue donc que le rôle d'adjuvant.

c) *Soit la RED est positive*, avec en plus vomissements et dégoût, les tests seront alors arrêtés suivant le désir du malade.

D'une manière générale, nous faisons 5 à 8 tests en rafale, 1 par jour.

Dans les années précédentes, le nombre de tests était plus faible, et surtout ils étaient espacés tous les 2 ou 3 jours.

Parfois un ou deux tests seulement sont pratiqués, pour montrer ce qui se passerait à la sortie de l'hôpital si le sujet absorbait de l'alcool.

La multiplicité des moyens employés montre bien qu'aucune des méthodes utilisées n'est parfaite, et que le facteur psychologique est sans doute le principal.

Ainsi LEREBoullet, DELORE (22) considèrent indispensable l'emploi de l'Apomor-

morphine, VIDART (75) pratique 5 à 6 fois par jour une injection de 5 mg, puis 10 mg d'Apomorphine dans le Service du Dr HAAS 5 inj/jour de 10 mg d'Apomorphine pour un total de 15 injections .

Par contre le Dr DAMEZ, Médecin-Chef du Centre de rééducation alcoolique, n'emploie que le disulfiram, de même KAMMERER (36), et MOLINIER (52).

4 - La lettre de départ, l'ordonnance

A l'issue du dernier entretien avec le malade, et après l'organisation de la post-cure (voir chapitre IV), une lettre est adressée au Médecin traitant habituel, que celui-ci ait envoyé le malade dans le Service ou non. Toujours dans le but de renforcer les relations ville-hôpital dans les deux sens, et par là de prendre le malade dans son entier. Cette lettre résume l'hospitalisation, demande la participation du médecin à la post-cure.

Nous présentons un exemple de lettre accompagnée d'une ordonnance pour le malade.

Cher Confrère,

Je laisse sortir Mr PAC... André, qui a donc subi cette fois-ci sans difficulté une cure de dégoût; celle-ci était, bien sûr, impérative, comme nous en avons déjà parlé il y a quelques mois du fait, d'une part des troubles caractériels et neurologiques entraînés par l'éthylisme, d'autre part du fait d'une cirrhose avérée, indiscutable, avec un gros foie très dur.

La désintoxication l'a rapidement amélioré; il a retrouvé l'appétit, le sommeil, le calme, il est maintenant bien détendu, lucide, très conscient de l'importance de la sobriété. Il a subi une cure de dégoût et je pense qu'il devrait maintenant aller bien; il faut, bien sûr, le suivre régulièrement, je pense qu'il faut que vous le voyiez au moins une fois par mois; de mon côté, je lui demande de repasser dans le Service dans un mois.

Ordonnance

Mr PAC... André

- 1 - Il faut s'abstenir totalement et définitivement de toute boissons alcoolisée: ni vin, ni bière, ni apéritifs, pas même de vin mélangé d'eau, ni de gâteaux ou de chocolats à la liqueur.

On peut boire eau ordinaire, eau minérale, sodas, limonade, jus de pomme, jus de raisin, jus de fruits.

- 2 - Traitement à prendre sous la surveillance du Dr H...

Espéral, 1 cp le matin

Equanil 400 1 cp matin
1 cp midi
1 cp soir

Bévitine 250: 1 cp matin
1 cp midi
1 cp soir

3 - Revenir à la consultation dans un mois.

C H A P I T R E I I I

LES ACCIDENTS LORS DES TESTS OU A LEUR DECOURS

Après avoir étudié la cure proprement dite, et avant d'envisager la post-cure, il nous a semblé nécessaire de rapporter nos accidents.

Depuis l'introduction du disulfiram par les Danois, cette thérapeutique est employée dans le monde entier. Il s'agit cependant d'un produit présentant un certain nombre de risques qu'il faut bien connaître.

Nous rappellerons brièvement l'action du Disulfiram, puis les accidents de la littérature liés à son emploi; classiquement:

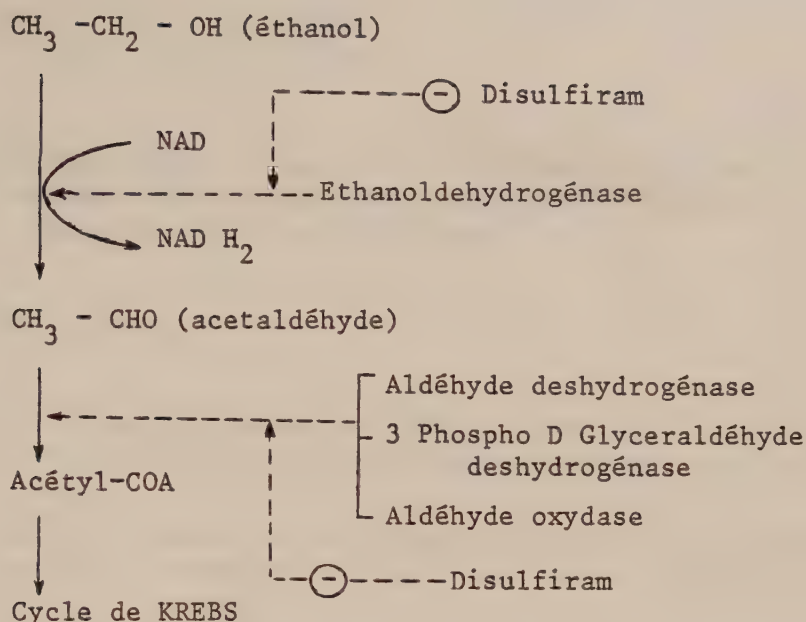
- les accidents liés au disulfiram seul
- les accidents dus à la RED;
- enfin les accidents dans notre expérience.

I - RAPPEL DE L'ACTION ET DU METABOLISME DU DISULFIRAM

Nous nous sommes inspiré de l'article de CASIER, MERLEVEDE, Mécanisme de l'interaction de l'alcool éthylique et du Disulfiram (16).

D'une manière générale, le disulfiram empêcherait l'oxydation de l'éthanol (schéma I_a).

Schéma I_a

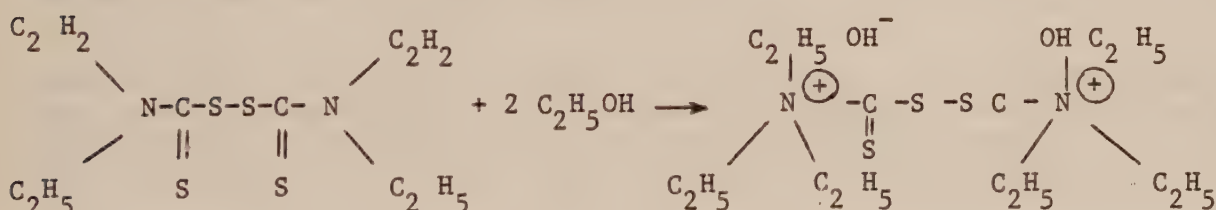


- . Il y aurait accumulation d'Ethanol si le blocage a lieu avant l'acétaldéhyde.
- . Accumulation d'acétaldéhyde si le blocage a lieu après l'acétaldéhyde. Les lieux d'action sont précisés sur le schéma Ia.

En fait, dès 1957, il s'est avéré que les symptômes ne pouvaient être attribués à l'accumulation de l'acétaldéhyde. En effet, son administration à 27 mg/kg chez le chien ne peut provoquer les réactions propres au choc disulfiram-alcool, ni les métabolites du disulfiram.

Il semble qu'il faille rechercher ailleurs les causes de la R E D: ainsi CASIER a injecté chez l'animal une substance obtenue en mélangeant le disulfiram avec de l'alcool dilué au tiers; il a pu alors observer immédiatement les symptômes typiques de la R E D.

Par analyse spectrophotométrique, il en détermine la nature: une base amonium quaternaire, et propose la réaction chimique suivante:



II - LES PRINCIPAUX ACCIDENTS DE LA LITTÉRATURE

L'ensemble des auteurs est unanime pour dire que ces accidents sont rares si on respecte les contre-indications. Nous avons suivi le plan de E. FOURNIER et Coll.: Incidents et Accidents du traitement par le Disulfiram.

A - ACCIDENTS LIÉS AU DISULFIRAM SEUL

1 - Intoxication aiguë : essentiellement observés au cours de l'intoxication volontaire: rareté des accidents après absorption de moins de 3 g de disulfiram.

La tachycardie est habituelle, de même que les troubles digestifs (vomissements; moeléna...) les troubles de la conscience (comas, agitation, somnolence...).

D'après E. FOURNIER: *il n'y a pas de relation nette entre l'importance de la dose ingérée et celle de la symptomatologie neurologique.*

2 - Intoxication chronique avec surdosage de disulfiram

Sont d'ordre neuropsychiatrique, obnubilation, syndrome de KORSAKOFF, syndrome confusionnel, et surviennent avec des doses de disulfiram trop importantes (2,25 g).

Pour W. BUSSE (14) les modifications électroencéphalographiques sont dues à l'anoxie cellulaire provoquée par l'Antabuse, par son action sur les enzymes des chaînes respiratoires des cellules corticales.

Ces modifications sont essentiellement une augmentation d'amplitude et un ralentissement du rythme cortical. Tous les tracés présentant des anomalies avant l'introduction de l'Espéral ont été aggravés.

Enfin, 20 % des sujets étudiés (qui avaient un EEG normal avant l'introduction du disulfiram) ont eu un EEG perturbé.

Dans ce même cadre entre le *syndrome de surdosage* de REYSS BRION, avec asthénie, amaigrissement, troubles de la mémoire, céphalées, vertiges et pouvant évoluer vers une confusion mentale. Classiquement, ce syndrome est plus fréquent chez les sujets ayant eu un traumatisme crânien, encéphalopathie éthylique.

La symptomatologie disparaît à l'arrêt ou à la diminution du traitement.

3 - Accidents liés à une tare associée ou secondaire à l'alcoolisme

a) une tare neuropsychiatrique antérieure à la cure semble être réveillée par un traitement à dose normale: ainsi ANDREYEVA, sur 3 cas de psychose, retrouve deux états "préschizophréniques".

b) Surtout l'existence d'une HTA, d'une insuffisance coronarienne, d'une athérosclérose diffuse explique un grand nombre d'accidents vasculaires, neurologiques (hémiplégie...).

4 - Accidents survenus chez des sujets sains

D'après FOURNIER, essentiellement des manifestations neuro-psychiques (polynévrites, névrites optiques...).

Ainsi G. BOITELLE (9) rapporte des *états confusionnels graves* à type de délire onirique subaigu, chez des alcooliques désintoxiqués prenant du T.T.D. à dose de 0,50 g / 24 h. sans aucune prise d'alcool.

L'apparition des troubles fut toujours d'installation brutale en 24 heures, après une durée d'absorption de T.T.D. courte, environ 3 semaines.

L'amélioration se fait avec l'arrêt du traitement, en une semaine environ.

3 cas de polynévrite sont cités dans la thèse de BARBEY.

5 - Manifestations allergiques: réactions urticariennes, rash.

B - ACCIDENTS DE LA REACTION ETHANOL-DISULFIRAM ,LIÉS A UN SURDOSAGE D'UN DES FACTEURS.

Nous rappelons tout d'abord:

. les modifications électrocardiographiques signalées au cours de la RED habituelle. LABY, FRANKE, DESNEUX, cités par E. FOURNIER, signalent:

- aplatissement des ondes T dans 80 % des cas,
- sous dénivellation du segment ST: 60 % des cas
- allongement de QT
- déviation droite de l'axe de QRS;

. les modifications électroencéphalographiques.

Ralentissement symétrique de l'activité de fond et apparition secondairement d'un tracé évoquant le sommeil lent.

Les accidents liés à la RED sont en rapport avec un surdosage de disulfiram ou

la trop grande prise d'alcool.

1 - Les accidents cardio-vasculaires

- . OAP, IVG.
- . Collapsus sévères
- . FA
- . BBD
- . Ischémie sous épocardique diffuse (FOURNIER et Coll.), concerne un homme de 36 ans, sans antécédents cardio-vasculaires. Lors de la RED, il avait absorbé 5 g d'Espéral et 600 ml de vin à 10°; l'ECG fait 7 jours après montre des ondes T négatives de V_1 à V_6 D_2 D_3 VF. Les SGOT ont alors été dosées à 60, le lendemain 40, surlendemain 35.

A noter qu'il n'y a pas eu de signes subjectifs d'ischémie coronarienne.

2 - Accidents neurologiques: hémiplégie, hémorragie méningée, etc...

C - ACCIDENTS DE LA RED DUS A UNE TARE ASSOCIEE ET LES ACCIDENTS THERAPEUTIQUES.

Tous les accidents cités dans les paragraphes précédents peuvent se voir; nous insisterons sur deux cas d'*infarctus du myocarde*, rapportés par MAC KLIN et FOURNIER.

1 - Homme de 45 ans, sans antécédents cardiovasculaires, qui, au cours d'un deuxième choc au vin, fit un malaise avec chute tensionnelle importante; l'ECG ne montra rien de caractéristique. 4 jours après cette scène, apparut un angor d'effort, qui montra à l'ECG un *infarctus antéro-septal*.

2 - Homme de 55 ans, non hypertendu, dont l'ECG de départ ne montrait qu'une onde plate T en VL, V_1 , V_2 , V_3 .

Lors d'1 RDE d'intensité modérée, apparition d'une scène douloureuse angineuse avec, une heure après, apparition d'une sus dénivelation de ST en V_2

sous dénivelation en D_3 , VF

Les jours suivants, réapparition de douleur angineuse avec augmentation de la température, chute tensionnelle et apparition d'une onde Q en V_2 V_3 , pas de modification des transaminases.

Sur l'ECG fait 2 ans après, il ne restait qu'une petite onde r en V_3 .

Tous ces accidents se voient préférentiellement en cas de *athérosclérose vasculaire*, d'HTA, de troubles neuropsychiques, de dénutrition, de cirrhoses pour certains.

III - LES ACCIDENTS DANS NOTRE EXPERIENCE

A - PRESENTATION GENERALE

Sont étudiées uniquement les accidents aigus survenus au cours de la RED ou immédiatement après; sont donc exclus les syndromes dépressifs, les impuissances sexuelles étudiées dans la thèse de Madame GARANDEAU.

Sur nos 203 RED, ajoutés aux 16 cas de sevrage avec espéral, sans test au vin, et 3 cures mixtes, nous avons eu 18 accidents, soit 8 %, répartis en (Tableau III₁):

Tableau III, - Les différents accidents lors de nos cures ou au décours

Collapsus cardio-vasculaire ayant nécessité une intervention médicale	4
Nécrose myocardique	1
Accidents vasculaires cérébraux (hémorragie, ramollissement, ...)	3
Scène psychiatrique = délire	1
confusion mentale	4
Douleurs épigastriques	1
Polynévrite	2
Décès de cause inconnue	1
Accident cutané allergique	1

La plupart sont donc des accidents d'ordre neuropsychiatrique et cardio-vasculaire:
15 sur 18.

Nous insisterons en présentant quelques observations de ces deux types d'accidents les plus frappants.

B - LES ACCIDENTS NEUROPSYCHIATRIQUES

1 - Obnubilation - Confusion mentale - Délire

a) Mme JAN..., 52 ans

Réclame elle-même la désintoxication.

Pas de manifestations somatiques importantes; *par contre, note dépressive avec anxiété parfois*, une semaine avant l'hospitalisation a même tenté de se suicider (gardénal).

Durant la période de sevrage a été mise sous anxiolytique: 30 mg Clorazepam ajoutés à 1 g d'Espéral.

Au 24ème jour de la prise d'Espéral, alors qu'il n'y a encore eu aucun test au vin, aucune absorption d'alcool, apparition d'une *désorientation temporo-spatiale* qui cède en 2 jours à l'arrêt d'Espéral, sans autre médicament que l'anxiolytique. Il n'y a pas eu d'EEG.

b) JUI..., 46 ans, entré pour crise comitiale.

Le Chef de Service notait: "Manifestement crise comitiale liée à l'éthylisme chez un malade qui a fait une crise il y a 5 ans. Il s'agit d'un très gros éthylique avec *cirrhose caractérisée*, anémie macrocytaire, anorexie pour les viandes. Comportement caractériel très évocateur des *encéphalopathies éthyliques*.

Examen neurologique négatif.

L'EEG fait à l'entrée ne montrait ni *souffrance en foyer*, ni *anomalies élip-togènes*.

La période de sevrage dure 22 jours; le malade accepte alors la désintoxication avec introduction d'Espéral à 1, puis 2, enfin 3 cp d'Espéral (1,50 g) devant les tests au vin négatifs.

Recevait depuis l'entrée 1200 mg de Méprobamate avec 3 cp Atrium 300.

Quitte l'hôpital au 34ème jour avec Espéral 1 cp, Gardénal 0,10 g/j, Méprobamate 1200 mg, Diazepam 5 mg.

15 jours après sa sortie de l'hôpital, soit 2 semaines après le début de la prise d'Espéral, nouveau séjour: "Serait resté depuis son hospitalisation désorienté, confus, reconnaissant mal le jour et la nuit, tiendrait des propos incohérents".

Examen: les réflexes sont vifs, pendulaires, sans syndrome cérébelleux.

Un deuxième EEG est alors pratiqué qui montre, cette fois un *ralentissement global de l'activité cérébrale*; la médiocre réactivité à l'ouverture des yeux est en faveur d'une obnubilation. Il n'y a pas d'asymétrie entre les deux

hémisphères. Echo en place. L'Espéral est arrêté.

30 jours après le début des troubles, le malade reste apathique. Un nouvel EEG est cette fois normal.

Les consultations ultérieures n'ont rien montré de particulier: le régime est bien suivi, comportement psychique normal.

Donc obnubilation apparue deux semaines après le début du traitement, ayant duré une quinzaine de jours, avec amélioration en deux semaines.

c) Mr TUP..., 44 ans, célibataire, facteur

Un frère désintoxiqué.

Désintoxiqué 12 ans auparavant dans un autre Centre hospitalier. Ethylisme chronique d'entraînement arrivé au stade d'intoxication sévère avec zoopsie, delirium tremens. Est venu de lui-même pour se faire désintoxiquer, est bien décidé à s'arrêter.

Le bilan d'entrée montre un *examen clinique normal* en dehors d'un foie à 2 travers de doigt de précirrhose. T_p à 86 %. Pas de polynévrite. Il *n'a pas été fait d'EEG*.

- 3 tests au vin: les deux premiers négatifs avec 1 g de Disulfiram, le 3ème positif avec adjonction d'Apomorphine. *Sort avec 2 cp d'Espéral par jour.*
- 15 jours plus tard, soit 4 semaines après la première prise d'Espéral, le malade revient dans un *état d'obnubilation*, d'hébétude, ne répond pas aux questions, reste silencieux, semblant ne pas comprendre ce qu'on lui dit. Le bilan est par ailleurs normal, en particulier du point de vue neurologique.
- Le lendemain, il se rappelle vaguement être venu dans le Service, reconnaît à peine le médecin. Arrêt de l'Espéral. Vitaminothérapie. *Amélioration rapide de l'état psychique, état normal en une semaine.*

Par contre, l'EEG pratiqué 10 jours après l'entrée dans le Service montrait: *un ralentissement très important*, global, de l'activité cérébrale, quelques anomalies irritatives au cours de la SLI. Pas d'éléments triphasiques.

12ème jour: amélioration par rapport au tracé précédent, réapparition de fréquences plus rapides, mais persistance d'un ralentissement global de l'activité cérébrale.

19ème jour: activité apparaît normale. Pas de signe de focalisation, pas d'asymétrie entre les deux hémisphères.

Ce malade a été suivi en post-cure à l'hôpital tous les mois, puis tous les

3 mois, 6 mois, pendant 3 ans 1/2. Le régime a été parfaitement suivi.

Donc, obnubilation apparue 4 semaines après le début du traitement, amélioration psychique en 1 semaine; par contre l'EEG ne s'est normalisé qu'au 19ème jour.

d) Melle BER..., 45 ans, sans profession - Père éthylique, une soeur désintoxiquée avec succès.

- . A l'entrée, le médecin hospitalier notait: "... Madade qui boit, dit-elle, et qui ne peut s'en empêcher; ne donne aucune motivation, semble assez passive devant tous les événements de la vie et devant sa toxicomanie... *Est parfois dépressive, ne sait plus où elle est; récemment, voulait sauter en Saône...*"

L'examen somatique était tout à fait normal, notamment du point de vue neurologique.

Les 3 tests au vin ont été assez positifs, avec 1 g de Disulfiram, elle sort une semaine après la première prise d'Espéral.

Ordonnance de sortie: *Espéral 1 cp* - Meproamate 1200 mg - vitaminothérapie.

- . 6 semaines après sa sortie, soit sept semaines après la première prise d'Espéral, est adressée pour crise d'agitation. Depuis quelques jours elle présente des céphalées, déclare avoir honte d'avoir bu: "je me sentais de plus en plus énervée, je ne pensais qu'à mourir".

Le médecin hospitalier notait: "La malade vient de présenter un *épisode délirant aigu* qui a été rapidement régressif en 5 jours, avec idées d'auto-accusations, de persécution des gens qui lui voulaient du mal".

L'EEG ne montrait aucune anomalie, l'écho était en place. Il est à noter que le régime semblait être bien suivi à domicile, que l'Espéral a été poursuivi à l'hôpital (0,50 g) avec adjonction d'Halopéridol, 1 mg.

Les consultations ultérieures n'ont rien trouvé d'anormal, en particulier pas de signe de la série dépressive.

Au total, scène délirante apparue 7 semaines après la première prise d'Espéral et ayant cédé sous Halopéridol en 5 jours, avec réduction d'Espéral (sans suppression totale). A noter le contexte dépressif connu antérieurement.

2 - Polynévrites

a) POT..., cantonnier, 46 ans.

Dans les antécédents tuberculose rénale 15 ans auparavant.

Entre pour delirium; à l'entrée, les réflexes tendineux sont *obtenus*, mais faiblement, gros foie de *cirrhose* à 4 travers de doigt - F.O. RAS - Pas d'EEG effectué.

L'Espéral, 1 g/24h.a été instaurée au 15ème jour avec *installation progressive en 1 semaine après un test au vin* d'une asthénie, petite confusion, parole dysarthrique, surtout troubles de la marche importants avec Romberg positif, élargissement du polygone de sustentation. Pas de Babinski.

Le Chef de Service notait en outre d'importants troubles de la sensibilité avec abolition des réflexes aux quatre membres, hormis les rotuliens, avec même amyotrophie des ceintures, des extrémités, toute cette symptomatologie évoquant une *polynévrite sensitivo motrice avec encéphalopathie éthylique*.

Arrêt de l'Espéral. Un F.O. pratiqué avant le test au vin était normal. Une ponction lombaire ne montrera aucune anomalie.

- . 15 jours après l'arrêt de l'Espéral, l'état général reste médiocre, les rotuliens sont vifs, achilléens non obtenus; les réflexes du membre supérieur sont présents.
- . Au cours des diverses consultations: réapparition des achilléens et installation progressive de douleurs à type de paresthésies dans le territoire S₁ du membre inférieur gauche, pour lesquels, malgré un traitement aux corticoïdes qui amène une amélioration passagère, est décidé un électromyogramme quatre ans et 6 mois après le début des troubles.

Celui-ci montre des signes *d'atrophie neurogène périphérique de tous les muscles explorés aux deux membres inférieurs*. L'allure des tracés évoque plus une atteinte de type polynévritique qu'une atteinte tronculaire localisée.

Pendant toute cette période, le malade est resté sobre.

Donc, installation *après un test au vin et une imprégnation d'Espéral pendant une semaine*, d'une petite obnubilation avec polynévrite sensitivo-motrice des quatre membres, dont, 4 ans 1/2 après, il reste des stigmates électriques.

b) LET..., 45 ans.

Ethylisme d'entraînement datant d'une quinzaine d'années, arrivé au stade de toxicomanie. Il existe un élément dépressif net, nécessitant Surmontil + Tranxène. Pas d'anomalies somatiques, notamment neurologiques.

L'EEG montre un tracé normal, l'écho est en place.

Les premiers tests au vin ont été négatifs et ont nécessité 2 cp puis 3 cp d'Espéral. Est sorti avec Espéral 1 cp 50 mg Anafranil, 1200 mg Equanil, vitaminothérapie.

Consultation 3 semaines après la sortie de l'hôpital, soit 5 semaines après l'introduction de la béquille thérapeutique.

Le régime est suivi, mais apparition d'un tableau complet de *polynévrite sensitivo-motrice des membres inférieurs*. Arrêt de l'Espéral et renforcement de la vitaminothérapie: persistance des troubles 7 mois après l'arrêt du traitement.

Le malade n'a pas été revu par la suite.

Au total, apparition d'une P.N. 5 semaines après le début du traitement à l'Espéral, avec une évolution de 7 mois.

- Dans les 6 cas présentés, on constate que la durée de latence d'apparition des troubles a toujours été relativement longue, en moyenne 3 semaines.
- La vitaminothérapie systématique n'a pas évité ces accidents.
- Sauf dans le cas des polynévrites, les accidents constatés n'ont laissé aucune séquelle.
- La dose de disulfiram a été trop élevée, parfois 1,50 g au lieu de 0,50 habituellement utilisée.
- Enfin, la responsabilité de l'Espéral nous paraît évidente quatre fois sur six: en effet, la symptomatologie apparue était toujours absente lors du début du traitement.
- Par contre, dans le cas de Mme JAN..., la responsabilité du disulfiram chez une femme dont on connaît les antécédents dépressifs, et qui est traitée aux anxiolytiques, est possible sans être certaine. L'obnubilation peut alors être considérée comme une rechute du syndrome dépressif, favorisée par l'arrêt de l'anxiolytique qu'est l'alcool. On admet plus volontiers la responsabilité du disulfiram, dans la mesure où la scène a été très fugace: arrêt de toute symptomatologie après deux jours d'abstention du disulfiram, et sans adjonction de médication psychotrope.

Madame GARANDEAU fait, par contre, le raisonnement inverse, en notant que la malade avait déjà pris auparavant du disulfiram, et que dans l'hypothèse d'une intolérance, la scène clinique serait apparue plus tôt.

Dans le cas de Mme BER..., où un syndrome dépressif était connu, la scène délirante a cédé, certes, à la réduction de l'Espéral, mais aussi à l'Halopéridol. Il est possible que cette psychose soit plutôt due à l'arrêt de l'anxiolytique qu'est l'alcool.

La responsabilité des accidents dans les quatre autres cas est imputable à l'Espéral lui-même, puisque nos sujets *étaient abstinentes* (voir les remarques de LEREBoullet: les réactions disulfiram-alcool méconnus dans Société Française de Neurologie, T 126, n° 3, Mars 72) lors de la survenue des troubles.

c) Discussion

Tableau récapitulatif

NOMS	ETAT ANTERIEUR	Nombre de comprimés d'Espéral	Durée de latence d'apparition des troubles	Nature des troubles	Durée des troubles	Modification EEG Avant Espéral Après Espéral	Responsabilité Espéral
JAN	Syndrome dépressif	2	3 semaines	Obnubilation	2 jours	X	Possible sans être certaine
JUI	Crise comitiale cirrhose Encéphalopathie éthylique	1,2,3	2 semaines	Obnubilation	2 semaines	avant 1'Espéral RAS après: modification	Certaine
TUP	Foie de pré-cirrhose	2 cps (2 cps à la sortie)	4 semaines	Obnubilation	3 semaines	X Avant après: modification	Certaine
BER	Syndrome dépressif	2	7 semaines	Délire	1 semaine	X Avant Après: normal	Possible sans être certaine
PUT	Début de PN Cirrhose Tuberculose rénale	2	1 semaine	PN Obnubilation APRES TEST	4 ans 1/2	X	Certaine
LET	Syndrome dépressif	1,2,3	5 semaines	PN	7 mois	avant: normal après: X	Certaine

En fait, plus importante nous paraît être la *conjonction de l'état antérieur à la cure et de l'Espéral*.

Ainsi Mr POT..., cirrhotique, ancien tuberculeux et traité avec des médicaments dont on connaît la toxicité nerveuse, et chez qui dès l'entrée il avait été difficile de mettre en évidence les réflexes.

Mr JUI...: crises comitiales connues, encéphalopathie éthylique, cirrhose.

Dans ces deux cas, qui semblent donc être des indications limites, *la toxicité du disulfiram est venue s'ajouter à des facteurs prédisposants*.

3 - Les accidents vasculaires cérébraux

a) Mr KLA..., 46 ans

Nombreuses hospitalisations antérieures pour douleurs du flanc gauche séquelaires d'une splénectomie traumatique pour laquelle il est pensionné; chaque fois est constaté l'éthylisme, le misérisme physique et social.

Clochardisation progressive qui l'amène à l'Hôpital Psychiatrique (200 mg Largactil) pendant 2 ans, puis à l'Hospice départemental où il vit depuis 3 ans 1/2 quand il décide de se faire désintoxiquer.

Le bilan d'entrée était satisfaisant, *malgré un mauvais état général*, puisqu'on ne notait ni HTA, ni souffle carotidien, un ECG normal, une hépatomégalie à 3 travers de doigt, sans stigmates biologiques de cirrhose.

Par contre, le F.O. montrait des papilles nettes, à secteur temporaire un peu pâle, les vaisseaux sont normaux, les rotuliens sont obtenus, mais pas les *achilléens*, on ne note pas de troubles de la sensibilité objective mais, par contre, quelques crampes nocturnes.

Un EEG pratiqué était entièrement normal.

La cure a donc été entreprise 1 g d'Espéral et vitaminothérapie, lors du 2ème test (3ème jour d'Espéral) petit état de choc avec *hémiparésie G immédiate*.

2ème EEG le lendemain: il existe une *asymétrie* entre les deux hémisphères avec une activité moins bien organisée, de plus faible voltage, au niveau de l'hémisphère droit. Echo en place.

L'Espéral a été arrêté immédiatement.

. Bonne récupération en 15 jours, puisque seules persistent une parésie faciale avec une maladresse du membre supérieur gauche. Le troisième EEG, fait 15 jours après l'accident, est strictement semblable au deuxième.

- 5 mois après: *le tracé EEG reste favorable, mais il existe cependant un minime ralentissement de l'activité cérébrale*, toujours plus marqué au niveau des régions temporales droites. Disparition complète des troubles neurologiques.

b) Mr POC..., cafetier, 50 ans.

- La cure de dégoût s'était effectuée sans incident, le seul test au vin pratiqué s'était passé normalement.

Toutefois, dans le bilan d'entrée était noté un syndrome dépressif, mais surtout:

- un mauvais état général,
- une hypertension artérielle oscillant entre 17/9 et 20/10,
- une polynévrite débutante.

A la sortie: Mr POC... prenait 1 g d'Espéral, vitaminothérapie.

- Nouvelle hospitalisation 5 semaines après pour persistance du mauvais état général. Le malade est alors mis aux thymo-analeptiques (Surmontil et Tofranil).

A la 7ème semaine de la prise d'Espéral, en dehors de tout test au vin, apparition d'une *obnubilation importante avec troubles de l'équilibre*. L'Espéral, ainsi que tous les autres traitements, est arrêté. Le Fond d'Oeil fait à ce moment là montrait des artères un peu pâles, avec quelques irrégularités.

En une semaine *malgré l'arrêt de toute thérapeutique*, persistance des troubles psychiques, avec apparition progressive d'une hémiparésie gauche qui ira en s'aggravant. PL normale, F.O. normal.

Un premier EEG, fait une semaine après le début des troubles, montre des *"signes de souffrance très importants de la région temporale gauche"*. L'Echo montre une déviation de 2 à 3 mm des structures médianes vers la droite, comme s'il existait une lésion expansive hémicrânienne gauche. Il est difficile de dire ce qu'il en est au point de vue étiologique, s'il s'agit d'un *hématome intra-crânien*, ou s'il s'agit d'un *accident vasculaire cérébral*; on pourrait éventuellement penser à cette dernière hypothèse en raison des compressions carotidiennes: ses sinus carotidiens sont extrêmement sensibles et on déclenche immédiatement des pauses cardiaques de très longue durée; il est donc très certain que ses carotides sont extrêmement *athéromateuses et malades*."

A la 2ème semaine des troubles: nouvel EEG, qui montre des perturbations plus diffuses, intéressant les deux côtés, mais prédominant sur le côté gauche.

Devant la divergence clinique-EEG, il est décidé de faire une artériographie carotidienne bilatérale, dont seule la droite est finalement réalisée; celle-ci est NORMALE, et l'étiologie vasculaire ischémique paraît donc probable.

- 10 semaines après le début des troubles, l'obnubilation a disparu et, petit à petit, l'hémiparésie régresse, laissant une maladresse séquellaire de

la main gauche. En même temps se constitue une clochardisation progressive, avec poursuite de l'intoxication éthylique.

- . 5 mois après, dernier EEG qui est cette fois entièrement NORMAL, sans aucune différence entre le rythme droit et gauche; de même l'Echo est strictement en place.

A noter que se sont constitués progressivement une insuffisance coronarienne sans traduction clinique, un an après l'accident, et un tableau *d'ischémie chronique des membres inférieurs*; intervention chirurgicale, avec découverte de lésions athéromateuses diffuses, et décès du malade.

c) Mr CHA..., manoeuvre, 36 ans.

Tuberculose pulmonaire traitée 4 ans auparavant en sanatorium.

Dans le bilan d'entrée sont notés un gros foie, des réflexes ostéotendineux discrètement obtenus.

TA: 15/8. Recherche de sucre dans les urines négative.

F.O. : à D: papilles et vaisseaux normaux

à G.: brûlure cornéenne par la chaux.

- . Le malade est alors mis, au bout d'une semaine, à 1 g d'Espéral; au 7^{ème} jour de la prise médicamenteuse, et lors du premier test au vin, apparition d'une aphasie surtout motrice, avec un élément d'alexie (surtout à haute voix) et d'agraphie, parésie faciale droite centrale, parésie du membre supérieur droit; pas de Babinski, petit élément extra-pyramidal avec tremblement et roue dentée. Nuque souple.

L'EEG, le F.O. sont alors recontrôlés, mais toujours normaux; la PL ne montre qu'un élément, pas de réaction leucocytaire, la chimie: albumine 0,48, chlorure 7,60, glucose 0,95. L'hyperglycorrhachie n'a pas retenu l'attention. Arrêt de l'Espéral.

Il est donc décidé de pratiquer une artériographie carotidienne pour établir le mécanisme de l'accident: ischémique sur des lésions préexistantes, hémorragie localisée en liaison avec une malformation.

- . 10 jours après l'accident, premier EEG: "*Souffrance d'intensité modérée très localisée à la région temporale moyenne gauche, compressions carotidiennes négatives. Echo: déviation 4 à 5 mm de l'écho médian vers la droite, et indique donc l'existence d'un gros cerveau gauche.*"
- . 20^{ème} jour, nouvel EEG: tracé très amélioré, relativement normal et symétrique.

Ce n'est que lors de l'épreuve d'hyperpnée que l'on note une activité discrètement moins bien organisée au niveau de l'hémisphère gauche.

Echo discordant, 2 fois en place, 2 fois déviation identique au premier tracé.

- Peu à peu, amélioration de la scène clinique, 10 semaines après le début des troubles persiste l'aphasie légère, parésie du membre supérieur droit. Bon comportement par ailleurs, lit, s'intéresse à ce qui l'entoure, comprend les ordres.

Le malade est alors adressé à LYON pour rééducation de la parole et artériographie carotidienne *qui est normale*.

- Au 7ème mois: il ne persiste aucune séquelle motrice, très gros progrès du langage, achoppe encore sur quelques syllabes.

Le malade quitte alors le Service, reprend son travail et est suivi en post-cure par son médecin de famille.

- 9 ans après, une épistaxis motive une nouvelle consultation. Le Chef de Service notait: "... Il revient dans le Service pour une épistaxis qui s'intègre dans un contexte de grande déchéance somatique, liée à une rechute de l'éthylisme..."

On retient une maigreur avec abolition des réflexes tendineux, macrocytose sanguine, pas de modification à l'électrophorèse. Mais, par contre, élévation très importante des gammas GT à 1000 U, et curieusement des phosphatases alcalines à 176 unités, que l'on comprend mal en l'absence d'ictère (finalement sera découverte ultérieurement une sténose cholédocienne par pancréatite chronique). Mais, de plus, on découvre un diabète avec une glycémie à 2,55 g, une glycosurie à 62 g/l, diabète peut-être d'origine pancréatique...

Il est vraisemblable que ce diabète est ancien et que c'est lui qui explique l'accident de la cure d'Espéral en 1967, on notait une glychorrachie à 0,95, il n'avait pas malheureusement été pratiqué de glycémie pendant ce séjour". (La recherche de sucre dans les urines avait été négative).

- Le malade a été amené quelques mois après dans le Service dans un état comateux, avec décès quelques heures après son admission.

Accident ischémique cérébral? Hématome sous dural?

d) Discussion

Tableau récapitulatif

NOMS	ETAT ANTERIEUR	NOMBRE de cp d'Espéral	DUREE DE LATENCE D'APPA- RITION DES TROUBLES	NATURE DES TROUBLES	DUREE DES TROUBLES	MODIFICATION EEG	RESPONSABILITE ESPERAL
KLA	Mauvais état général PN débutante	2 cps	3 jours	hémiparésie après UN TEST	2 semaines	avant: normal après= modifi- cation	Certaine
POC	Mauvais état général Polynévríte débutante Hypertension artérielle	2 cps	7 semaines	Obnubila- tion Hémiparésie en dehors de tout test	10 semai- nes	Avant Après après: modifi- cation	Discutable
CHA	Tuberculose pulmonaire Diabète? PN débutante Gros foie	2 cps	1 semaine	Aphasie parésie faciale et membre sup. APRES UN TEST	10 semai- nes	Avant Après Après modifi- cation	Certaine

De ces observations, il ressort:

- . 2 fois sur 3, les accidents sont *survenus immédiatement après le premier test au vin*; dans ces deux cas, la responsabilité de l'Espéral n'est donc pas douteuse: c'est la réaction Espéral - Alcool qui est en cause.
- . Au contraire, dans l'observation de Mr POC..., la responsabilité de l'Espéral est incertaine puisque le malade était un sujet à risques: athérosclérose diffuse. Il est vraisemblable qu'il s'est agi d'un *accident ischémique fortuit*.

On peut tout de même discuter une toxicité propre du disulfiram qui aurait "précipité les choses", ou une ingestion cachée d'éthanol, en sachant que l'intoxication s'est poursuivie dès la sortie de l'hôpital (LEREBOULLET, 46).

- . Une fois de plus est mise en évidence l'importance de *l'état antérieur, des facteurs de risque*: diabète méconnu chez CHA..., athérosclérose chez POC... Cette dernière observation est un argument de plus (*à posteriori*) pour effectuer un ECG d'effort sur l'ensemble des "curistes".

C - L'INSUFFISANCE CORONARIENNE

a) Mr VIS...

Ouvrier agricole de 46 ans, venu de lui-même pour cure de dégoût. Ethylisme important à 2 - 4 litres de vin rouge par jour. Bilan négatif par ailleurs.

Traitement vitaminique et Equanil pendant 19 jours.

L'Espéral est commencé au 20ème jour (2 cp/j.).

Le premier test au vin, le 4ème jour du traitement, est noté positif.

- . Le soir du 1er test, douleur thoracique typiquement coronarienne par sa description: rétrosternale et sous-mamelonnaire gauche, constrictive, comparée par le malade à un étai, avec irradiation bi-brachiale, accompagnée de sueurs. La douleur a duré toute la nuit, jusqu'au matin suivant.

Un ECG avait été enregistré une semaine avant (tracé au 23.1.74), normal.

L'ECG fait au matin qui a suivi la douleur thoracique montrait surtout un changement d'axe de QRS (déviation gauche). Les tracés suivants, en particulier celui du 2 Février, devaient faire affirmer la nécrose myocardique de topographie inférieure (onde QS en D3 et VF, crochetage du début de QRS en D2). Apparition simultanément de troubles de la repolarisation très diffus.

- Sus-décalage de ST très discret en D2, D3, VF, avec ondes T négatives;
- Mais aussi ondes T négatives de V3 à V6, s'accroissant les jours suivants et gagnant ainsi D1.

Simultanément on notait, le lendemain du test au vin, un petit mouvement fébrile à 37°8,

une élévation enzymatique fugace des SGOT et des CPK:

SGOT = 28 le premier jour - 17 le 2ème jour

CPK = 146 le 1er jour - 46 le 2ème jour.

Sur le plan clinique, a été noté un frottement péricardique peu intense, itératif.

Le volume cardiaque a été constamment petit

L'évolution ultérieure a été très simple, mais curieuse sur le plan EEG:

- Le 6 février, réapparition d'une petite onde r en D3 et VF, les troubles de la repolarisation persistant intenses et diffus.
- Lors de sa sortie de l'hôpital, le malade gardait un ECG très pathologique, avec des ondes T négatives et très profondes dans pratiquement toutes les déviations, sauf VL.
- . 5 mois plus tard après l'accident, le malade est revu en consultation: normalisation de la repolarisation dans toutes les déviations, et de plus:
 - repousse d'une onde r importante en VF (3 mm),
 - persistance d'un aspect rSr' en D₃.

On ne peut donc parler d'un retour complet au tracé antérieur à l'accident.

Discussion

- . Dans cette observation, il s'est donc agi d'une *nécrose myocardique révélée au cours d'un test au vin.*

Toutefois, on note un certain nombre d'atypies:

- étendue des troubles de la repolarisation,
- régression rapide (en 3 mois) des stigmates ECG de nécrose;
- la discrétion du mouvement enzymatique et thermique.
- . L'insuffisance coronarienne s'est *révélée d'emblée* par une nécrose myocardique. Le bilan pratiqué avant le test était entièrement normal.

b) Nous présentons une observation récente, Mr CAN.... Ce malade a été hospitalisé en juin 76, et n'entre donc pas dans le cadre de notre étude, mais il nous a semblé intéressant d'exposer le problème cardiaque posé par ce patient.

Mr CAN..., 29 ans

Intoxication éthylique remontant à 10 ans, tabagisme à 30 cigarettes par jour. Aucun autre antécédent personnel. Père décédé d'un infarctus myocardique à 49 ans.

Le bilan clinique montre une hépatomégalie à 2 travers de doigt; le bilan biologique révèle une légère augmentation des gammas GT et un trouble du métabolisme lipidique (cholestérol à 2,90 g/l, lipides totaux 10 g/l, triglycérides à 1,20 g/l).

L'EEG, le Fond d'Oeil sont normaux.

L'ECG ne montre qu'une tachycardie sinusale banale.

- . Le 1er test est réalisé au 3ème jour de la mise sous Espéral (2 cp/j.): il est discrètement positif; un deuxième test, effectué le lendemain, l'est aussi.
- . Lors du 3ème test, puis du 4ème, le malade se plaint d'une douleur thoracique à type de serrement, à point de départ sous claviculaire gauche, irradiant à la face interne du bras gauche. Cette douleur est apparue une demi-heure après l'absorption de vin, elle dure environ 1/2 heure et s'est accompagnée d'une chute tensionnelle (TA passant de 13 avant le test à 10 au moment de la douleur), de vomissements assez abondants.
- . L'ECG pratiqué *en crise* lors du second épisode douloureux, montre une *négativation des ondes T en territoire inférieur* (D2, D3, VF), avec un très discret sous-décalage du segment ST dans ces mêmes dérivations. Ces anomalies n'existaient pas à l'entrée. Le lendemain, ne persiste que la négativation de l'onde T en D3.
- . Un ECG d'effort est alors pratiqué 4 jours après:
 - avant l'effort: ondes T plates ou peu voltées en territoire inférieur et latéral (D2, D3, VF, V5n V6n VL);
 - l'épreuve d'effort est maximale (puissance croissante de 40 jusqu'à 170 watts, durée de l'épreuve 10 minutes), fréquence cardiaque atteignant 190 battements/mn: *elle est négative, il n'y a pas de douleur, et le tracé se normalise après l'effort* (positivation des ondes T).

Mr CAN... sort au 20ème jour de son hospitalisation. Il est actuellement suivi en post-cure à l'hôpital et va bien.

Cette observation pose donc le problème:

- soit d'une atteinte coronarienne, révélée par la réaction disulfiramique (terrain à risque - tabagisme - troubles lipidiques, antécédent familial, douleurs suspectes, modifications électriques également suspectes);
- soit de modifications fonctionnelles ou métaboliques liées à la réaction Espéral-Vin. L'ECG d'effort est négatif, ce qui ne plaide donc pas en faveur de l'insuffisance coronarienne, mais *la coronarographie serait seule décisive.*

Depuis cette date est réalisé à l'hôpital un ECG d'effort à type d'examen préliminaire chez tous les malades à ECG limite. Il serait peut-être utile de généraliser cette épreuve à tous les malades avant la mise en route de la cure.

Au terme de ce chapitre, nous citerons les accidents dans d'autres travaux.

D - FREQUENCE DES ACCIDENTS DANS D'AUTRES TRAVAUX

- Thèse de BARBEY: 7 accidents sur 81 cures
- Thèse de ASSOULINE : 3 GAYET WERNICKE
Service du 2 syndromes confusionnels
Dr HAAS sur 2.000 malades.
- Dr MOLINIER : 1 collapsus
 1 hémiplégie
 sur 1.000 cas.
- D'une manière générale, tous les auteurs signalent les troubles neuropsychiques, allant de la simple apathie à la confusion mentale grave.

CHAPITRE IV

POST - CURE

Après avoir effectué la cure de dégoût dans le milieu sécurisant qu'est l'Hôpital, après avoir été plus ou moins materné, notre "curiste" va devoir se replonger dans la réalité quotidienne. Il va retrouver la cellule familiale où tout son monde l'attend avec appréhension, lutter avec ses anciennes relations de boisson, bref, il va devoir se reforger un nouveau mode d'existence, où le rythme ne sera plus celui de l'ingestion des boissons: c'est là le but de la post-cure.

Nous résumerons le paragraphe VII du chapitre III de la monographie de REYSS BRION (66): "Paradoxalement *on pourrait dire que la cure se définit par la post-cure.*" Il n'y a pas de cure sans post-cure. La post-cure se définit par les trois caractéristiques suivantes:

- *elle succède au sevrage, à la désintoxication,*
- *elle correspond à l'apprentissage de l'abstinence dans la vie quotidienne, à un remaniement de la personnalité;*
- *elle consiste en une assistance médico-sociale, par le maintien prolongé d'un lien thérapeutique, concrétisé par des consultations régulières permettant une psychothérapie individuelle et/ou étendue à l'entourage.*

Nous évoquerons quelques considérations générales, puis expliquerons comment la post-cure est réalisée au CH MACON.

I - QUELQUES CONSIDERATIONS GENERALES - REVUE DE LITTERATURE

Tous les auteurs s'accordent pour faire de la post-cure un temps fort du traitement. Que cela soit en milieu psychiatrique, à l'Hôpital général, au Dispensaire d'hygiène mentale. Elle fait partie de l'alternance des temps ambulatoire et hospitalier de BAILLY SALIN.

A - LES MODALITES DE LA POST CURE sont à peu près partout les mêmes:

- Consultation à heures favorables, pour la venue des travailleurs (donc souvent en soirée);

- Consultation spécifique en milieu psychiatrique ou en milieu spécialisé (VALENCE), mélangé à d'autres malades, mais somatiques.
- Contrôle de la prise médicamenteuse, de l'observation du régime par des tests surprise, alcoolémie, alcoolurie.
- Consultation médicalisée (voir plus loin).
- Rythme des consultations: tous les mois, avec espacement progressif.

B - LA BEQUILLE THERAPEUTIQUE

L'Espéral la plupart du temps, mais aussi Flagyl.

Il s'agit, comme le disent tous les auteurs d'un "véritable internement chimique". REYSS BRION parle plus volontiers de béquille thérapeutique. Sa nécessité s'impose à tous, car elle réalise une réassurance quotidienne contre la boisson. Son absorption doit devenir un véritable rite quotidien, qu'elle soit prise le matin ou le soir, certains pensent qu'elle doit être consommée en présence du conjoint, voire donnée par lui. La régularité de sa prise teste *la qualité de la relation médecin - malade*, qu'il est ainsi facile de contrôler par une réactivation du dégoût au cours de la consultation. REYSS BRION en souligne encore le caractère ambivalent à la fois aide et contrainte. A ce sujet, LEGER et DAUDET (41) écrivent que "c'est la crainte de la RED qui rend le malade abstinent, et non pas la guérison de son appétence. Il s'aliène ou on l'aliène à l'alcool chaque matin, ce qui est en réalité une castration".

Par contre, il existe quelques différences sur la durée du traitement d'interdiction:

- 6 mois maximum au Centre Psychiatrique de l'Ain,
- 6 mois à la Clinique Neurologique du CHU de GRENOBLE (Th. BARBEY),
- 18 mois au minimum pour KAMMERER de STRASBOURG.

Enfin, il est à noter qu'AÏTOFF permet à ses malades sous Espéral de boire un peu de vin.

C - PSYCHOTHERAPIE

Nous étudions uniquement celle ayant lieu dans les Hôpitaux Généraux, dite de contact.

Nous dirons que *c'est l'acte médical* (ou non médical) *le plus important*, qu'il est de tous les instants, que commencée par le médecin traitant avant la cure, la psychothérapie doit être poursuivie, accentuée pendant la cure pour être efficace en post-cure.

Elle doit accompagner la prescription médicamenteuse: c'est la "drogue médecin".

Elle s'intéresse au malade, mais *aussi à son entourage*; l'épouse a toujours besoin d'être aidée puisque, peu à peu, elle va être obligée de redonner au mari qui s'affirme les rennes qu'elle avait bien été obligée de prendre (avec satisfaction ou non). Transformation des relations intimes du couple, relation sadomasochiste qui tombe...

C'est une thérapie gratifiante, revalorisatrice, thérapie du *renforcement du Moi* (REYSS BRION) qui ne vise pas à guérir le malade, mais à lui faire accepter sa faiblesse devant l'alcool et à lui permettre de résoudre ses problèmes sans sa drogue.

Nous ne croyons pas à la guérison dans le sens où nous ne pensons pas que le malade puisse *retrouver une liberté totale devant l'alcool*. Cette opinion est actuellement controversée: ainsi, dans le secteur psychiatrique fermé de l'Ain (11), ne sont considérés comme guéris que ceux qui *boivent normalement*, ou s'ils sont abstinents et n'ont pas créé de systèmes de défense nuisibles à leur intérêt ou à celui de leur entourage; il en est de même de l'article du Times, June 21 1976: Booze for Alcoholics.

Cette psychothérapie vise à faire accepter la rechute comme quelque chose de prévisible, voire de nécessaire (REYSS BRION), en montrant que l'alcolisme est une maladie au long cours, et comme telle ne peut guérir d'un coup de baguette, qu'elle aboutit à des rechutes, à des rémissions (voire Thèse de Mme GARANDEAU).

D - LES MOUVEMENTS D'ANCIENS BUVEURS

En France, les "Sociétés d'abstinents" sont connues sous les noms suivants:

- Croix Bleue, d'influence protestante, et qui compte des abstinents volontaires,
- Santé de la famille de la S.N.C.F.
- Amitiés P.T.T., mouvement corporatif,
- Ordre international des Bons Templiers.
- La Croix d'Or.
- Les Alcooliques Anonymes.
- Le mouvement Vie Libre.

Tous ces groupes prônent *l'abstinence complète et indéfinie*.

Fait de chacun des membres un militant qui va évangéliser les buveurs.

Au sein de ces sociétés, le malade bénéficie d'une sorte de psychothérapie de

groupe. Des réunions sont organisées fréquemment, le malade écoute alors les autres malades exposer leurs propres problèmes, presque toujours identiques aux siens.

Il s'aperçoit qu'il n'est pas si différent des autres.

Le développement de ces sociétés est constant, et leur rôle doit être intégré dans un vaste contexte médico-social englobant le malade.

Ces groupes sont d'ailleurs de plus en plus intégrés aux services hospitaliers (Service du Dr HAAS , 3).

II - LA POST-CURE AU C.H. MACON

Nous voudrions tout d'abord rappeler qu'il n'y a pas d'attitude univoque, qu'elle se déroule suivant la personnalité propre de chaque Chef de Service.

Elle se tient dans les locaux que nous avons déjà décrits, à des heures permettant la venue de chacun, et surtout il n'y a aucune discrimination des malades, nos "curistes" sont mélangés aux autres malades, d'une part parce qu'ils sont relativement peu nombreux par rapport à la masse des autres, d'autre part, et nous l'avons déjà dit, nous voulons accentuer le caractère "maladie".

Il y a trois modalités possibles:

- soit la post-cure est effectuée à l'hôpital,
- soit la post-cure est suivie conjointement avec un médecin de ville,
- soit , elle est le fait du médecin de ville seul.

Ces possibilités varient suivant le désir des malades, leur éloignement de l'hôpital et, bien sûr, la personnalité de leur médecin traitant.

L'importance du nombre de cures mixtes est expliquée par les bonnes relations hôpital-ville, renforcées par une séance d'Enseignement post-universitaire hebdomadaire, par le fait que bon nombre de praticiens sont d'anciens Internes de l'Hôpital.

L'analyse précise des résultats en fonction du type de post-cure est étudiée dans la thèse de Mme GARANDEAU nous en produisons un tableau.

Analyse des bons résultats en fonction du type de post-cure

Post-Cure	85 %	Pas de post-cure 15 %
A l'hôpital	26	4 sans cure
Ville	19	6 vus de loin en loin
Mixte	8	par leurs médecins
Psychiatre	5	
Total	58	10

Mauvais résultats: 93 cas - 53 % n'ont pas eu de post cure du tout

47 % ont eu un début de post-cure.

Il faut souligner l'importance de la prise en charge après la cure, telle qu'elle ressort de ces quelques chiffres.

A - POST-CURE A L'HOPITAL

- La durée moyenne est de 23 mois (voir Thèse Mme GARANDEAU).

- Rythme des consultations: il est très souple, rapproché au début, avec espace-ment progressif avec des intervalles à nouveau plus courts en période critique, avec éventuellement réhospitalisation.

D'une manière générale 1 mois, 2ème mois souvent, 3ème mois, 6ème mois, 9ème mois 12ème, 18ème, 24ème, 36ème...

La consultation est faite de la même manière qu'elle est décrite par M. REYSS BRION.

1 - Tout d'abord une phase non directive : Quoi de neuf?

2 - Puis une phase d'enquête, en interrogeant sur la fatigue, l'état général du malade, les difficultés rencontrées sur le mode sexuel, conjugal, professionnel, et en insistant particulièrement sur les petits "riens" de la vie quotidienne, le devenir des enfants, la promotion professionnelle, etc... évidemment la poursuite du traitement. Bref, continuation de la psychothérapie vue plus haut.

Nous ne faisons pas de réactivation de dégoût, nous contrôlons rarement l'alcoolémie, car les malades sont bien connus, et il est en général facile de savoir s'ils ont ou non rechuté.

3 - L'examen somatique: plus ou moins poussé suivant les cas. TA, auscultation

cardio-pulmonaire, prise des réflexes ostéo-tendineux, analyse d'urines, contrôle du poids d'une manière systématique, recherche enfin des complications: les signes de surdosage.

4 - Vient enfin le temps de la prescription médicamenteuse: renouvellement de l'Espéral, de la vitaminothérapie, des anxiolytiques éventuels.

Souvent le malade *a arrêté la prise d'Espéral*, arguant que maintenant il est guéri, il est assez fort et n'en a plus besoin, il n'a plus envie de vin. Ceci correspond parfois à la réalité. Dans ce cas, le malade demande souvent une ordonnance d'Espéral "pour le cas où il serait tenté"...

Bien souvent, malheureusement, l'arrêt de l'Espéral représente un syndrome prémonitoire de la rechute; le malade, plus ou moins consciemment, arrête son traitement pour pouvoir boire si l'occasion se présente; dans ce cas, il ne vient pas à la visite suivante.

Le rendez-vous de la consultation est donné à l'avance chaque fois; si le malade ne se présente pas à la consultation, une lettre lui est alors adressée, lui disant qu'il a dû oublier cette consultation et qu'un nouveau rendez-vous lui est réservé.

Deux éventualités se présentent alors:

- soit il s'agit bien d'un oubli, et le malade revient à la consultation suivante;
- soit le malade ne vient pas à la consultation suivante: il s'agit alors presque toujours d'une rechute. Une lettre est alors adressée au médecin-traitant.

5 - A l'issue de la post-cure, le malade est alors confié à son médecin-traitant, il revient alors très souvent nous voir.

B - LA CURE MIXTE

A l'issue de l'hospitalisation, nous envoyons une lettre au médecin traitant, lui demandant de consulter régulièrement le malade.

D'une manière générale, nous effectuons les deux premières consultations, revoyons le malade au 6ème, 12ème mois, et chaque fois qu'il le désire ou que son médecin le souhaite.

C - POST CURE DU MEDECIN PRATICIEN SEUL

Dans ce cas le malade est simplement confié à son médecin, avec un compte-rendu de son hospitalisation; nous demandons alors au malade d'aller voir son médecin, qui le reverra alors tous les mois.

D - LA CORRESPONDANCE - ROLE DE L'ASSISTANTE SOCIALE

Chaque consultation donne lieu à une lettre envoyée au médecin traitant. Si le malade ne vient pas à une consultation, nous le reconvoquons par deux fois, en envoyant la deuxième fois une lettre à son médecin.

Exemple d'une correspondance:

Dr RES. Cher Ami,

Je revois Mr TU. Jo. qui semble aller très bien et qui n'a pas recommencé à boire.

Il faut, bien sûr, poursuivre la sobriété absolue; il faut sûrement le revoir de temps en temps. Vois le tous les 3 mois environ; de mon côté, je lui demande de revenir dans le Service dans un an.

Amitiés.

Dr Res. Cher Ami,

Monsieur Jo. TU... devait venir en consultation aujourd'hui. Il n'est pas venu, mais comme sa dernière consultation datait d'un an, je pense qu'il a oublié ce rendez-vous.

Il serait peut-être bon que tu le revois, si tu ne l'as pas vu récemment, pour être certain qu'il continue son régime, car souvent l'absence des malades aux consultations témoigne d'une rechute.

Merci de me tenir au courant...

Le rôle de l'assistance sociale est évidemment capital; une cure et post-cure sont réussies quand tous les problèmes sociaux sont réglés (chômage, par exemple). C'est souvent par l'Assistante Sociale que nous sommes au courant du milieu familial, auquel elle rend visite.

CHAPITRE V

LE PRATICIEN ET L'HOPITAL

Au terme de ce travail sur le traitement de l'alcoolisme chronique à l'hôpital, et avant d'énoncer les résultats étudiés par Madame GARANDEAU, nous avons jugé fondamental de connaître la pensée du praticien sur ce problème. Nous avons donc, à l'imitation du Docteur REYSS BRION (63), adressé à tous les praticiens qui nous avaient envoyé des malades en cure un questionnaire, et nous leur avons demandé, au cours de l'E P U organisé par les praticiens avec la présence de Monsieur REYSS BRION, quelles étaient leurs relations avec leurs malades alcooliques.

Nous sommes bien conscient que leurs lots de malades sont différents des nôtres, et qu'il n'est donc pas possible de calquer une attitude thérapeutique d'un groupe sur l'autre.

Dans ce chapitre, nous présenterons les résultats de notre enquête, un compte rendu de l'E P U, enfin, nous avons essayé de présenter quelques problèmes qui se posent au praticien, tels qu'ils apparaissent après l'E P U et le questionnaire envoyé.

I - ENQUETE AUPRES DES MEDECINS DE SAONE ET LOIRE

Nous avons donc envoyé le questionnaire n° 2 à 54 généralistes, en leur joignant le questionnaire n° 1 qui a servi à l'analyse des résultats.

Nous en avons obtenu 43 réponses, ce qui nous paraît énorme compte tenu de l'enquête de Mr REYSS BRION. Il est vrai qu'une lettre adressée par Monsieur GALLOIS accompagnait ces demandes, et que la plupart des médecins touchés font partie activement de l'Enseignement post-universitaire de MACON.

Il s'agit de 23 médecins de ville, MACON ou petites agglomérations: TOURNUS, BELLEVILLE, CLUNY, 20 praticiens de campagne.

Il est impossible de quantifier et de tirer des statistiques des chiffres obtenus, tant les réponses sont variées, faisant parfois appel à des cas auxquels nous n'avions pas pensé.

FICHE N° 2

Quelle est, pour vous, la part de l'hôpital dans le traitement de l'alcoolisme: (complications viscérales exceptées)?

- hôpital général :
- hôpital psychiatrique:

Quelles sont, pour vous, les indications de l'hôpital dans le traitement de l'alcoolisme:

- hôpital général:
- hôpital psychiatrique:

En cas de "cure" effectuée à l'hôpital, pensez-vous que la post-cure doit être:

- uniquement le fait de médecin praticien?
- uniquement le fait de médecin hospitalier?
- mixte?

Que pensez-vous des organismes d'anciens buveurs?

Quels sont les cas d'alcooliques que vous soignez à domicile?

Quel pourcentage représentent ces cas dans votre expérience?

Quelles sont vos techniques de soins: (prise en charge psychothérapique, cure de dégoût ou autre...)?

Toutefois, la qualité des réponses, leur importance, montrent combien c'est un sujet qui tient à coeur les praticiens, et certainement combien ils y sont confrontés.

A - QUESTIONS 1 ET 2 - PART DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES ET GENERAUX

Nous les avons réunies, car elles amènent en fait le même type de réponse.

Réponses	40	%
Part majeure de l'H.G.	17	39,5 %
Part majeure de l'H. Psychiatrique	3	7 %
Mixte	18	42 %
Pas de traitement à l'hôpital	2	4,5 %
Pas de réponse	3	7 %

De ce tableau, on peut tirer trois conclusions.

- La première: il semble que dans l'esprit des praticiens, la *part de l'hôpital général soit la plus importante*. Ils y réservent les cas les plus habituels d'alcoolisme, avec ou sans dépendance, alors que celui à forte charge psychiatrique avec ivresse pathologique "le multiculture" est envoyé en milieu psychiatrique.
- La deuxième: beaucoup de médecins *enverraient plus volontiers leur malade en secteur psychiatrique* si à celui-ci n'était pas encore accolée l'étiquette "fou", "dément" dans l'esprit de la population. Notre éthylique ne se considérant pas comme un malade mental, ne veut pas entendre parler d'hôpital psychiatrique.
- "Je n'y envoie mes malades que la main forcée, pour m'en débarrasser", ceux entrant dans le cadre de la loi de 1954, est le motif qui revient le plus souvent. L'argument carcéral est très souvent mis en avant: "J'y envoie ceux au comportement antisocial, dangereux pour les autres, ceux qu'il faut retirer "de la circulation".
- Deux praticiens voudraient y envoyer l'ensemble de leurs malades, mais ils reprochent "l'inefficacité notoire actuelle, surtout depuis qu'on laisse sortir les fous". La surcharge actuelle de la neuropsychiatrie, et le caractère spécial de l'environnement des autres malades, constituent un facteur défavorable". Cet argument devrait s'effacer puisque l'ensemble des auteurs s'accordent pour séparer les consultations d'alcooliques d'avec les autres malades.

En résumé, sont envoyés en secteur psychiatrique les encéphalopathies, les alcooliques psychiatriques (I), les état aigus

- . Troisième enfin: un grand nombre de praticien soulignent l'intérêt de sortir l'alcoolique de son milieu habituel, et donc l'hospitalisent volontiers.

B - TROISIEME QUESTION - COOPERATION HOPITAL-VILLE

Réponses	43	%
Médecin praticien seul	2	5 %
Médecin hospitalier seul	5	12 %
Mixte	35	81,5 %
Sans réponse	1	2,5 %

La coopération médecin hospitalier - médecin praticien était, bien sûr, prévisible. Par contre, nous sommes très surpris par les 5 médecins (12 %) qui pensent que la post-cure doit être le fait du seul hôpital; on aurait plutôt attendu un résultat inverse.

En faveur d'une coopération, nous citerons un médecin: "En grande partie la guérison définitive ne peut être appréciée que dans le milieu familial et professionnel, mais le rôle du médecin hospitalier peut être capital dans le cas de fléchissement de la volonté du malade, le praticien est trop près du malade et manque d'autorité".

La plupart souhaitent donc une bonne coopération, mais insistent tous sur le libre choix du malade.

Ce manque d'autorité est mis en avant par les 5 praticiens qui font de la post-cure un temps hospitalier. "Il viendra avec plus d'obéissance que chez son médecin". "Le médecin hospitalier fait suivre plus facilement un régime que le praticien". "Nous perdons nos malades, mais le médecin hospitalier peut revoir nos malades". "Il s'agit, comme toujours, d'un bon impact et psychothérapique du médecin sur son malade".

C - QUESTION N° 4 - ASSOCIATION D'ANCIENS BUVEURS

Sans réponses	9	21 %
Inconnus	14	32,5 %
Utiles	17	39,5 %
Inutiles	3	7 %

Si la plupart des médecins praticiens jugent utiles les associations d'anciens buveurs, très rares sont ceux qui les utilisent, 6 sur 17. Encore que plusieurs signalent l'instinct grégaire, le caractère thaumaturge de ces organismes ("On y parle de la Grande Névrose").

14 praticiens n'en ont aucune expérience, ou bien les médecins ruraux disent que l'éloignement de la ville rend ce mode d'insertion sociale impossible.

"L'alcoolique doit être soigné dans son milieu: les Organismes d'Anciens Buveurs sont sociologiquement *plus proches*". "Le médecin praticien devrait entretenir des relations avec les visiteurs, c'est là que se fait le vrai travail de prévention et de guérison". "Le médecin, quel qu'il soit, n'est qu'un accessoire qui collabore à une thérapeutique sociale. Les rares succès que j'ai rencontrés l'ont été dans ce cadre".

D - QUESTIONS n° 5 et 6 - Quels sont les alcooliques que vous soignez à domicile? Quel pourcentage représentent ces cas dans votre expérience?

Nous n'avons pas pu quantifier les réponses tant elles étaient diverses.

En gros, on peut dégager deux catégories:

- sont soignés à domicile les malades qui refusent l'hospitalisation;
- sont soignés à domicile "les petits alcooliques" sans complications somatiques graves.

Beaucoup plus intéressant nous semble le fait que les médecins abordent le problème par le *biais somatique*, comme plusieurs le soulignent: l'éthylisme n'est soigné que par le biais d'autres affections, celles qui en particulier ne sont pas la conséquence de l'éthylisme. Ainsi on soignera un diabétique qui est éthylique, un hypertendu...

Les pourcentages des éthyliques soignés sont très variables, de 50 % à 1 cas sur 10. Nous citerons une réponse : "Impossible à chiffrer en l'absence d'une définition précise définissant le seuil où commence l'éthylisme et l'intrication de maladies diverses (organiques ou psychosomatiques) en découlant, tant chez l'alcoolique que dans son entourage". (Cet aspect médico-social est repris dans le compte-rendu de l'E P U).

E - SEPTIEME QUESTION - TECHNIQUE DE SOINS

- Tous les médecins pratiquent une psychothérapie qu'ils veulent compréhensive, à l'écoute du malade, de son environnement éducatif pour l'entourage, en reconnaissant que, faute de temps, elle est rarement efficace et qu'elle est souvent faite pour amener l'hospitalisation.

- Un praticien signale un bon résultat par l'acupuncture.
- 8 utilisent l'Espéral, dont 2 les cures de dégoût, associé à la vitaminothérapie, sédatifs, voire anxiolytiques.

II - COMPTE-RENDU DE L'EPU

Au terme du dépouillement de nos dossiers, nous avons pensé qu'il serait utile de connaître l'opinion des praticiens sur les cures et sur les problèmes qu'ils pouvaient rencontrer chez leurs désintoxiqués. Nous avons donc contacté la Commission d'Enseignement Post-Universitaire, qui nous a proposé d'engager un débat au cours d'une de leurs séances. Nous avons alors invité Monsieur le Docteur REYSS BRION.

Etaient présents une soixantaine de praticiens et deux psychiatres.

Nous avons transcrit un résumé sous forme de thèmes:

- le problème du diagnostic,
- le premier contact,
- le contexte sociologique, l'épouse.
- la rechute, la guérison.

A - LE PROBLEME DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'éthylisme n'est jamais évident pour le généraliste, sauf si on fait ce diagnostic par le biais des complications.

C'est pratiquement toujours quelqu'un de "dénoncé" par sa femme, son employeur. "On peut faire une cirrhose sans troubles du comportement, sont-ils alcooliques ceux-là?"

L'attitude des praticiens est variable suivant leur propre personnalité, dirigiste ou plus "libérale", suivant leur lieu de travail (région viticole ou non).

Finalement, le problème du diagnostic se fait sur le terrain, le praticien sait qu'un tel boit parce qu'on le lui a dit, ou que lui-même au cours de ses visites a aperçu son malade.

Plus important semble être le problème de la première rencontre.

B - LE PREMIER CONTACT

avec le malade alcoolique est toujours très difficile, comme le souligne le praticien.

Emmené par sa femme ou l'entourage, au cours de situation délicate, il est toujours difficile d'engager un dialogue sans être répressif. Beaucoup essayent de lutter alors contre leurs tendances moralisatrices (alcool-péché) ou culpabilisantes, sans pouvoir toujours y arriver. L'éthylisme étant alors peu à peu traité en épiphénomène, et seules les complications viscérales ou neuro-psychiatriques bénéficient alors d'un traitement codifié, assuré, connu, rassurant, car le médecin est alors sur son terrain.

Plusieurs praticiens soulignent "le sevrage alcool-tabagique est justifié par l'existence d'une autre maladie, l'alcoolémie n'est jamais traitée de front". Ou alors la psychothérapie est "une explication somatique de la maladie, appuyée du bilan biologique". Comment est-il, en effet, possible de soigner "quelqu'un qui refuse de se considérer comme malade? Il y a toujours dénégation, alcoolisme nié ou minimisé, expliqué par l'obligation de boire avec les autres, bref, l'alcoolisme c'est toujours la faute de l'autre". Le risque est alors pour le praticien de considérer le patient comme malade de la volonté qui pourrait très bien guérir, s'il le voulait, ce qui aboutit au rejet. On a donc l'impression qu'une bonne relation doit débiter par l'absence de rejet mutuel: le mauvais malade pour le médecin, mauvais malade car refus des soins, mauvais car s'autorise ce que le médecin s'interdit, mais mauvais médecin car médecin anti-alcoolique, médecin qui classe, qui s'allie avec l'épouse.

A côté de la dénégation, à surmonter, la nécessité de l'aveu semble parfois une condition sine qua non. "Je n'ai eu de bon résultat pour une femme qu'à partir du moment où elle a avoué son état", ce qui n'est d'ailleurs pas toujours nécessaire puisque "les authentiques sevrages réussis l'ont été chez des patients prenant à leur insu de l'Espéral (dissimulé par le conjoint dans l'alimentation)".

On se demande d'ailleurs si l'extorsion de l'aveu n'est pas néfaste à l'établissement d'un bon lien thérapeutique dans le sens où elle *culpabilise et inferiorise le malade*: combien de litres buvez-vous? Depuis quand? Où? D'ailleurs, une fois, un malade nous a répondu, alors que nous avions mal engagé ce type de dialogue: "Et vous, alors, vous n'avez jamais bu?"

C - DE TRES NOMBREUX PRATICIENS INSISTENT SUR LE COTE SOCIAL

Victime sociale, à traiter dans son milieu naturel. "Le dialogue le plus direct et le plus franc avec l'alcoolique, en présence de l'entourage, en évitant toute cachotterie et en essayant d'élargir la discussion, en particulier au moment des crises, pour arriver à la notion de responsabilité collective. "L'alcoolique est souvent le syndiqué bruyant d'une névrose silencieuse du conjoint, ou le pavillon de détresse d'un groupe", rejoignant par là les préoccupations de LERBOULET,(44): "Il faut d'ailleurs remarquer que même lorsqu'un substratum est en cause... il

n'aboutira à l'alcoolisme que si les conditions sociales s'y prêtent", et RIQUET cité dans le même article : "Une société qui exige de l'individu de plus en plus d'asservissement technique, de tension nerveuse... ne peut s'orienter dans l'avenir que vers un alcoolisme psychiatrique, c'est-à-dire antisocial. Ainsi, un autre praticien désabusé: "Pour moi, je pense que le système libéral n'est plus adapté à la lutte contre l'alcoolisme, et qu'un autre système ou d'autres moyens de lutte sont nécessaires".

D - L'EPOUSE

Tous les praticiens insistent sur l'importance qu'il y a de traiter l'épouse de l'éthylisme en même temps que son mari. Ils constatent souvent la décompensation des relations familiales qui, tant bien que mal, s'organisaient autour de l'alcool. Petit à petit, l'époux reprend la direction de son foyer, résout les problèmes qu'il laissait à sa femme. Cette période est souvent mal vécue, et plusieurs praticiens ont constaté, outre l'apparition de syndrome dépressif chez l'épouse, des rechutes de l'éthylisme favorisées par la femme.

E - L'ATTITUDE SCEPTIQUE DES PRATICIENS

Nous sommes très surpris de l'attitude sceptique de la plupart des médecins, concernant les cures de désintoxication en général.

- Sceptiques sur les résultats qualitatifs.
- Sceptiques sur les résultats quantitatifs.

Il y a trop d'alcooliques par rapport aux touristes, tous insistent sur le côté prévention.

"Après une telle expérience, le médecin ne peut être que désabusé"... "Et voilà comment se présente la situation dans notre région, quels remèdes y apporter?".

Plusieurs médecins sont, par contre "très étonnés de constater une proportion de 100 % de résultats excessivement encourageants en ce qui concerne les malades sur lesquels j'étends toujours mon aile tutélaire".

Au terme de notre enquête, et des échanges qui ont eu lieu au cours de cette soirée d'E P U, il apparaît que le médecin de famille a des difficultés à établir une relation satisfaisante avec les alcooliques de sa clientèle, pris entre les relations personnelles avec le malade et la "dénonciation" de l'entourage.

Il existe une impression générale de scepticisme et de défaitisme face aux possibilités de modifier le comportement alcoolique ceci étant, bien entendu, très variable selon les personnalités et les circonstances.

Les cures ont été effectuées dans le Service hospitalier de Médecine Interne, en liaison avec les médecins généralistes et l'équipe psychiatrique.

Le rôle du médecin généraliste est capital dans la prise en charge initiale du malade alcoolique, et la conduite de la post-cure. Il est très important que chaque médecin généraliste ou hospitalier soit préparé à cette rencontre par une formation universitaire et post-universitaire adaptée.

"Il y a dans l'inconscient du médecin une mythologie, une poétique de l'alcool qui ne sauraient avoir une fonction explicative, mais doivent être expliquées"... (HOCHMANN- COLIN, 32).

C O N C L U S I O N S

Nous avons analysé 258 observations de "désintoxication éthylique", sur une période de 18 ans (1958-1976).

Il s'agit d'une population jeune (entre 30 et 49 ans), dans une région semi-rurale. L'intoxication est essentiellement à base de vin, évoluant depuis 10 à 20 ans, et où 50 % de la population présente des complications somatiques ou psychiatriques (essentiellement neurologiques et psychiatriques). Nous avons étudié les motifs de la cure, qui sont très divers, allant d'un volontariat évident à des pressions familiales, médicales, voire judiciaires.

Les techniques de modifications du comportement alcoolique utilisées comprenaient:

- des cures de dégoût à l'Espéral	193 cas
- des cures de dégoût mixte (Espéral + Apomorphine)	3 cas
- des cures de dégoût à l'Apomorphine	2 cas
- sevrage à l'Espéral sans test au vin	16 cas
- sevrage sans Espéral	34 cas.

Nous insistons sur l'importance de l'aspect psychothérapique au cours de la cure et de la post-cure. Importance attestée par les résultats étudiés dans la thèse de Madame GARANDEAU.

Les accidents de la cure de dégoût à l'Espéral ne sont pas exceptionnels:

- accidents neurologiques de type confusionnel, avec modifications électro-encéphalographiques	5 cas
- polynévrites liées à une toxicité directe de l'Espéral probable	2 cas
- accidents vasculaires cérébraux	3 cas
- accidents cardiaques: infarctus du myocarde	1 cas
anomalies ECG	1 cas

avec ECG d'effort secondairement normal.

Pour chaque cas, nous avons discuté la responsabilité de l'Espéral.

Les accidents doivent entraîner un bilan préalable rigoureux sur le plan vasculaire (FO, ECG, EEG); exclusion des sujets hypertendus, trop âgés.

Nous posons le problème de l'intérêt de l'ECG d'effort.

D'autre part il nous a semblé intéressant, au terme de cette étude, de connaître l'attitude du praticien de notre région sur le problème de l'alcoolisme et de son traitement.

Nous avons surtout relevé le grand nombre de réponses reçues à notre questionnaire, et la participation importante à notre E P U. Ces problèmes semblent donc être vécus avec beaucoup d'intérêt, mais il se dégage une impression de scepticisme général quant aux résultats, scepticisme qui pourrait peut-être être combattu par une meilleure connaissance de ces problèmes, acquise au cours de l'enseignement universitaire et post-universitaire.

Vu le Directeur de l'UER Sud-Ouest,
Professeur J. NORMAND

Le Président de la Thèse,
Professeur M. COLIN

Vu et permis d'imprimer,
LYON, le 3 Février 1977

Le Président de l'Université Claude Bernard,
Professeur D. GERMAIN

B I B L I O G R A P H I E

1 - ALEX R. -

L'alcoolique devant le médecin somaticien.
Cahiers Médicaux, 1976, 1, 29, 2033-2038.

2. - ARTHAUD P. -

Aspect et rôle défensif des conduites alcooliques.
Thèse, GRENOBLE, 1972.

3 - ASSOULINE CH. -

Contribution à l'étude des cures de désintoxication alcoolique
dans un Service de médecine générale.
Thèse, PARIS, 1969.

4 - BARBEY A. -

Etude longitudinale de 81 cures de dégoût alcoolique par le
T.T.D. B₃-B₄.
Thèse, GRENOBLE, 1970.

5 - BARROIS C. -

La relation thérapeutique avec l'alcoolique.
Confrontations psychiatriques, 1972, 8, 159-178.

6 - BERGER H. -

Treatment of Alcoholism: Antabuse as an adjunct to psychotherapy
in alcoholism.
NEW-YORK J. Medecin., 1958, 58, 1540-1544.

7 - BERNARD P. -

Manuel de l'infirmier psychiatrique, 1974, Editions MASSON,
133-147.

8 - BOITELLE G., BOITELLE Cl., HOUDARD M.J. -

Quelques remarques sur les intolérances au Tétrathylthiourame.
Annales Médico-Psychologiques, 1952, 1, 634-636.

- 9 - BOITELLE G., BOITELLE-LENTULO Cl., ANTOINE A. -

Confusions mentales apparues chez des éthyliques après désintoxication et consécutives à la prise de T.T.D. et sans ingestion d'alcool.

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de langue française, 51ème session, C.R. PARIS 1953, Vol. 1, 640-644.

- 10 - BONETTI U. -

Sulle alterazioni elettroencefalografiche negli alcolisti cronici, prima e durante trattamento con Tetra-Etil-Tiuram-disolfuro. Cervello 1961, 7, 121-136.

- 11 - BORREAU J. -

Réflexions à propos d'une méthode de traitement des éthyliques en Service psychiatrique fermé. Exposé des résultats de 258 observations.

Thèse, LYON, 1969.

- 12 - BOULARD P. -

L'Alcoologie. Certificat optionnel d'alcoologie. Faculté de Médecine de TOURS, 1975-1976.

- 13 - BRADFER -

Observation de 102 cas d'alcooliques suivis en ambulatoire dans un Centre de consultation urbain.

Acta. Neurol. Belg., 1964, 64, 657-661.

- 14 - BUSSE W., BARNES H., EBAUCH G. -

The effect of Antabuse of the Electroencephalogram. Amer. J. Medecin-Sci., 1952, 223 (2), 126-130.

- 15 - CAHIERS BALLIERES, 1972 -

Traitement de l'alcoolisme chronique, 201-224.

- 16 - CASIER H., MERLEVEDE E. -

Le mécanisme de l'interaction de l'alcool éthylique et du disulfiram (Antabuse).

Revue de l'alcoolisme, 1963, 9 (2), 103-106.

- 17 - CEAS G. -

Fonctionnement et activité de rééducation alcoolique de l'Hôpital de VALENCE.

Thèse, LYON, 1971.

- 18 - CHAMPEAUD -

Le traitement ambulatoire de l'alcoolomanie. Rôle des Sociétés d'abstinents dans la guérison des buveurs.

Concours Médical, 1963, 85, (40), 5219-5222.

19 - COTTRAUX J. -

Alcoolisme et structure psychotique.
Thèse, LYON, 1971.

20 - COTTRAUX J. -

Alcoolisme, dépression et psychose.
Cahiers Médicaux, 1976, 1, 29, 2027-2029. .

21 - DU COUEDIC H., DU COUEDIC A. -

Réflexions sur une année de consultations médico-sociales spécialisées dans le traitement de l'alcoolisme (étude portant sur 300 cas).
Revue de l'Alcoolisme, 1964, 10, (1), 41-54.

22 - DELORE P., GUICHARDIERE Melle, KAMBERT R., FONTVIELLE J. -

Etude médico-sociale et bilan de 225 cures de désintoxication éthylique par le tétra-éthyl-thiourame disulfure.
Presse Médicale, 1955, 63 (28), 569-571.

23 - DE MIJOLLA A., SHENTOUB S.A. -

Pour une psychanalyse de l'alcoolisme.
PAYOT, Editeur, PARIS, 1973.

24 - DUCHENE H., BAILLY-SALIN P. -

Le traitement ambulatoire de l'alcoolomanie.
La revue de l'alcoolisme, 1962, 8, (4), 305-320.

25 - ESPERA L -

Dossiers d'information médicale - Laboratoires SOLAC.

26 - FAURE J., YACOUR M., GAUEND M., GAU G. -

Mort subite de l'alcoolique et implant de disulfiram.
Médecine Légale et dommage corporel, 1968, 1, 208-210.

27 - FETIQUE J., NOEL C. -

La cure à l'Espéral. Résultats et limites. Données actuelles du problème.
Strasbourg Médical, 1963, 14 (1), 957-963.

28 - FONTAN M. -

L'alcoolisme féminin.
Revue du Praticien, 1964, XIV (4), 419-424.

- 29 - FOUQUET P., HOLLANDER A., ROCHEFOR H. -

Incidents et accidents du traitement par le disulfiram (Antabuse).
Thérapie 1967, XII, 559-600.

- 30 - GALLOIS P., CAVALLARO J., CAYOT J.P., GONTHIER M.P., LAMOUR J. -

Le département de Médecine Interne de l'Hôpital de MACON.
1971, MASSON, Editeur.

- 31 - HOCHMANN J., COLIN M. -

Le médecin devant l'alcool.
Cahiers Médicaux Lyonnais, 1963, 39, 6, 585-594.

- 32 - ISRAEL L., SUBRA, CHARPENTIER M. -

La femme de l'alcoolique. Confrontations psychiatriques,
1972, 8, 125-141.

- 33 - JACOBSEN E. -

L'Antabuse.
Journées thérapeutiques, PARIS, 1958, 89, 103.

- 34 - JOSSERAND A., REYSS BRION R. -

Réflexions sur 4 années de thérapeutique anti-alcoolique.
Revue Lyonnaise de Médecine, Mai 1955, 329-335.

- 35 - KAMMERER Th., DOREY R., COLLARD M., NOEL C., KRESS J.J. -

Indication, conduite et résultats de la cure de désintoxication
éthylque au disulfiram.
Strasbourg Médical, 1961, 12, (5), 355-365.

- 36 - KELLAM AMP. , WESOLKOWSKI J.M. -

Disulfiram Implantation for alcoholism.
LANCET, 1968 (1), 925-926.

- 37 - KOUPERNIK C. -

Impuissance et cure de désintoxication.
Concours Médical, 1963, 85 (16), 2553-2554.

- 38 - LARRIVE Ch. -

La cure hospitalière et son mythe.
Cahiers Médicaux, 1976, 1, 29, 2043-2044.

- 39 - LECOQ R. -

La maladie alcoolique et la désintoxication alcoolique.
Gazette des Hôpitaux de PARIS, 1969, 141, (17), 593-600.

40 - LEGER J.M., DAUDET G. -

L'appétence à l'alcool et son traitement.
Annales Médico Psychologiques, PARIS, 2, 129ème année (n°2),
193-217.

41 - LEREBoullet J. -

La désintoxication alcoolique. Le rôle respectif de l'hôpital
du dispensaire et du médecin praticien.
Revue du Praticien, 1964, XIV, 4, 449-460.

42 - LEREBoullet J., VIDART L., GASTEAU E. -

Notre expérience de désintoxication alcoolique. Ses méthodes,
ses résultats.
Bulletin de l'Académie de Médecine, 1953, 137, 352-359.

43 - LEREBoullet J. -

Qu'est-ce que l'alcoolisme? Ses aspects, ses causes.
Revue du Praticien, XIV, 1964, 4, 359-374.

44 - LEREBoullet J. -

L'alcoolisme, maladie sociale.
Revue du Praticien, XX, 1970, (31 bis), 3-9.

45 - LEREBoullet J. -

Les accidents du Disulfiram. Les réactions disulfiram -Alcool
méconnues.
Revue Neurologique, 1972, 126, 2, 149-153.

46 - LERY M., ROUZIOUX J.M., VEDRINNE J. -

Alcool éthylique. Manifestations aiguës et subaiguës de l'éthy-
lisme chronique.
EMC PARIS, 9, 1976, 16047, A30 et EMC PARIS 9, 1967, 16047 A20.

47 - LYONNET P. -

La loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dange-
reux pour autrui. Son application dans le département du Rhône
à propos de 150 observations.
Thèse, LYON, 1969.

48 - MALICIER G. -

Le médecin généraliste, premier recours de l'alcoolique.
Cahiers Médicaux, 1976, 1, 29, 2042-2043.

49 - MELMANN Ch. -

Le discours de l'alcoolique.
Confrontations psychiatriques, 1972, 8, 95-100.

50 - MIVELAZ M. -

La médication adjuvante de la cure de sevrage des alcooliques.
Revue de l'alcoolisme, 1964, 10, (1), 55-69.

51 - MOLINIER A., KUPERINDA P., TCHOURUMOFF N. -

La désintoxication éthylique. Modalité et résultats de la
méthode employée (à propos de 1000 désintoxications).
Semaine des Hôpitaux, 1966, 42, (25), 1551-1561.

52 - MONNEROT E. -

Cure hospitalière psychiatrique de l'alcoolomanie. Réflexions
thérapeutiques sur un bilan, une enquête, un essai particulier.
Revue de l'alcoolisme, 1963, 9 (2), 114-128.

53 - NEUZIL E., BOUSQUET E. -

Métabolisme de l'alcool. Aspects biochimiques modernes.
Semaine des Hôpitaux de PARIS, thérapeutique 1975, 51, numéro
hors série, Th. h.s. 29-42.

54 - PAILLOT M., JACQUES D. -

Approche thérapeutique de l'alcoolisme chronique par la méthode
d'un implant sous cutané de disulfiram.
Revue Hygiène et Médecine. 1968, 16, 7, 689-698.

55 - PELICIER Y. -

Des **mots** de l'alcoolisme.
Confrontations psychiatriques, 1972, 8, 9-19.

56 - PELICIER Y. -

La cure de l'alcoolomanie par les implants de disulfiram.
Aspects psycho-sociaux.
Revue de l'alcoolémie, 1963, 9 (1), 61-70.

57 - PELLET J., JALLADE S., LOSSON M. -

La personnalité alcoolique.
Cahiers Médicaux Lyonnais, 1968, 44, 28, 2989-3022.

58 - PEQUIGNOT M. -

Entretiens de Bichat, 1973: six alcooliques en quête d'un médecin.
Semaine des Hôpitaux de PARIS. Thérapeutique 1975, 51, n° hors
série, th. h.s. 9-14.

59 - PEQUIGNOT H. -

L'alcoolisme.
Concours Médical, 1973, 95, 29-30, 4833-4836.

60 - DE PRAINCY N., RECORDIER J.B., CARON F. -

Approche sur l'alcoolisme masculin en France, clinique et thérapeutique.

Semaine des Hôpitaux de PARIS, thérapeutique 1975, 51, n° hors série, th. h.s., 19-28.

61 - PREVOT J.P., GRANDEAU Cl. -

Technique des cures de dégoût chez les alcooliques.

La Revue de Médecine, 1976, XVII, 2345-2354.

62 - REYSS-BRION R. -

Bilan d'une enquête sur la pratique des cures de désintoxication alcoolique.

La Revue lyonnaise de Médecine, 11, numéro spécial, volume des conférences, 313, 324, 1962.

63 - REYSS-BRION R. -

La cure de désintoxication - mythes et réalités.

Cahiers Médicaux Lyonnais, 1963, 39, (6), 643-651.

64 - REYSS-BRION R. -

Alcool, boissons alcoolisées et alcoolisme.

Cahiers Médicaux Lyonnais, 1963, 39, (5), 573-583.

65 - REYSS-BRION R. et M.P., VIGNAT J.P.C. -

La post-cure médicale dans le traitement de la maladie alcoolique.

Travail de la consultation de prévention des troubles alcooliques.

Service du Professeur A. GUICHARD, Pavillon N bis, Hôpital

Edouard Herriot, LYON, avril 1966.

66 - REYSS-BRION R. -

Le comportement alcoolique français - les formes cliniques.

Cahiers Médicaux, 1976, 1, 29, 2024-2026.

67 - REYSS-BRION R. -

La post-cure et la fonction thérapeutique de la rechute.

Cahiers Médicaux, 1976, 1, 29, 2047-2049.

68 - ROBERT A.H. -

Alcool et sécurité de la route.

Revue du Praticien, 1964, XIV, (4), 427-434.

69 - ROBERT R. -

A propos des comportements alcooliques paroxystiques.

Confrontations psychiatriques, 1972, 8, 65-85.

70 - SEGUIER R. -

De la contrainte à l'autodétermination thérapeutique chez l'alcoolique. Intérêt des "cures brèves".
Thèse, TOULOUSE, 1967.

71 - THUILLIER J. -

Etude de 200 cas d'alcoolisme chronique traités par l'antabuse.
Thérapie, 1951, 6, (1), 1-7.

72 - TUSQUE S., GANORY C. -

Les conseils du psychiatre au médecin praticien pour le traitement de l'alcoolisme.
Revue de l'alcoolisme. 1965, 11 (4), 284-292.

73 - VIDART L. GASTEAU E. -

La désintoxication alcoolique, sa conduite pratique.
Revue de l'alcoolisme, 5, 2, 1959, 117-122.

74 - VIDART L. -

La cure de désintoxication alcoolique à l'hôpital: ses possibilités, ses limites.
Vie Médicale, 1960, 41, 1167-1176.

75 - VIGNAT J.P.C. -

Le Médecin Praticien devant l'alcoolique.
Cahiers Médicaux Lyonnais, 1963, 39, 6, 625-632.

76 - WOIMANT B. -

Maladie alcoolique et médecins hospitaliers.
Semaine des Hôpitaux de Paris, Thérapeutique 1975, 51, n° hors série, th. h.s., 15-18.

77 - BOOZE FOR ALCOHOLICS, Time June 21, 1976.

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	
CHAPITRE I : MATERIEL D'ETUDE	
I - Données numériques et sociologiques.....	3
A - Répartition suivant l'âge et le sexe.....	3
B - Conditions familiales.....	4
C - Antécédents héréditaires et familiaux.....	4
D - Nationalité.....	5
E - Domicile.....	5
F - Catégories socio-professionnelles.....	6
II - Données toxicologiques et pathologiques	
A - Le toxique.....	7
B - Durée de l'intoxication.....	8
C - Manifestations pathologiques moyennes rencontrées....	9
D - La personnalité alcoolique.....	10
III - Les motifs de la cure	
A - Les motifs.....	11
B - Quelques exemples.....	12
IV - Comparaison de nos chiffres avec quelques données de la littérature	
A - Par rapport aux cures effectuées au Centre Hospi- talier de VALENCE.....	14
B - Par rapport aux cures effectuées dans le Service de médecine de l'Hôpital de RAMBOUILLET.....	15

CHAPITRE II : LA CURE DE DESINTOXICATION -	<u>Pages</u>
PRINCIPES - INDICATIONS - TECHNIQUES	
I - BREF RAPPEL HISTORIQUE.....	16
II - QUELQUES PRINCIPES.....	16
III - L'ENVIRONNEMENT HOSPITALIER.....	17
A - Le personnel infirmier.....	18
B - Les Externes et Internes.....	18
C - Le médecin hospitalier.....	18
D - Les psychiatres.....	18
E - Le médecin praticien.....	19
IV - LA CURE PROPREMENT DITE	
A - Généralités.....	20
1 - Durée de l'hospitalisation.....	20
2 - Nombre et différents types de cure.....	20
3 - Intervalle entre le premier jour de l'hospita- lisation et le premier jour où est donné l'Espéral.....	21
B - La première période: sevrage et désintoxication...	22
1 - Sevrage.....	22
2 - Le bilan.....	22
3 - Correction des troubles pathologiques associés..	22
4 - Prise en charge psychopathique.....	23
C - La 2ème période: cure de dégoût? Espéral seul? simple sevrage?.....	23
1 - Contre-indications.....	23
2 - Indication des méthodes respectives.....	25
a) Simple sevrage sans Espéral.	25
b) Apomorphine seule	25
c) Simple sevrage avec Espéral	25
d) Cures mixtes Espéral + Apomorphine	
e) Implants d'Espéral	
f) Cures de dégoût à l'Espéral avec RED	
3 - Technique de la cure de dégoût à l'Espéral.....	26
a) RED	
b) RED négative ou faible	
c) RED positive	
4 - La lettre de départ, l'ordonnance.....	28

	<u>Pages</u>
CHAPITRE III - LES ACCIDENTS LORS DES TESTS OU A LEUR DECOURS	
I - RAPPEL DE L'ACTION DU METABOLISME DU DISULFIRAM.....	30
II - PRINCIPAUX ACCIDENTS DE LA LITTERATURE	
A - Accidents liés au Disulfiram seul.....	32
1 - Intoxication aiguë.....	32
2 - Intoxication chronique avec surdosage de disulfiram	32
3 - Accidents liés à une tare associée ou secondaire à l'alcoolisme.....	32
4 - Accidents survenus chez des sujets sains.....	
5 - Manifestations allergiques.....	33
B - Accidents de la réaction éthanol-disulfiram liés à un sur- dosage d'un des facteurs	
1 - Accidents cardio-vasculaires	34
2 - Accidents neurologiques.....	34
C - Accidents de la RED dus à une tare associée = les accidents thérapeutiques.....	34
III - LES ACCIDENTS DANS NOTRE EXPERIENCE	
A - Présentation générale.....	35
B - Les accidents neuro-psychiatriques.....	35
1 - Obnubilation - Cpnfusion mentale - Délire.....	35
2 - Polynévrte.....	38
3 - Les accidents vasculaires cérébraux.....	42
C - L'insuffisance coronarienne.....	47
D - Fréquence des accidents dans d'autres travaux.....	50
CHAPITRE IV - LA POST-CURE	
I - QUELQUES CONSIDERATIONS GENERALES - REVUE DE LA LITTERATURE	
A - Modalités de la cure.....	51
B - La Béquille thérapeutique.....	52
C - Psychothérapie.....	52
D - Mouvements d'Anciens Buveurs.....	53
II - LA POST-CURE AU CENTRE HOSPITALIER DE MACON	
A - Post-cure à l'hôpital.....	55
B - La cure mixte.....	56
C - Post-cure du médecin praticien seul.....	56
D - La correspondance - Rôle de l'Assistante Sociale.....	57

Pages

CHAPITRE V - LE PRATICIEN ET L'HOPITAL

I - ENQUETE AUPRES DES MEDECINS DE SAONE ET LOIRE

A - Questions n° 1 et n° 2.....	60
B - Question n° 3.....	61
C - Question n° 4.....	61
D - Questions n° 5 et n° 6.....	62
E - Question n° 7.....	62

II - COMPTE RENDU DE L'E P U 63

A - Le problème du diagnostic.....	63
B - Le premier contact.....	64
C - Le côté social.....	64
D - L'épouse.....	65
E - L'attitude sceptique.....	65

CONCLUSIONS.....	67
------------------	----

BIBLIOGRAPHIE.....	69
--------------------	----

